

ISSN 1349-2721

人間看護学研究

Journal of Human Nursing Studies

15

2017

March



滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究

編集委員長 森 敏
編集委員 甘佐 京子
伊丹 君和
大脇万起子
川端 愛野
安原 治
渡邊友美子

Journal of Human Nursing Studies

Editor-in-Chief Satoru Mori
Editors Kyoko Amasa
Kimiwa Itami
Makiko Ohwaki
Yoshino Kawabata
Osamu Yasuhara
Yumiko Watanabe

人間看護学研究 第15号
発行日 2017年3月1日
発行 滋賀県立大学人間看護学部
〒522-8533滋賀県彦根市八坂町2500
電話 0749-28-8631
ファックス 0749-28-9501

印刷所 (有)東呉竹堂(ひがし印刷)

ISSN 1349-2721
School of Human Nursing
The University of Shiga Prefecture
2500 Hassaka, Hikone, Shiga, 522-8533 Japan
tel 0749-28-8631, fax 0749-28-9501

Printed by HIGASHI PRINT

《会 告》

原稿執筆要領の改訂について

学術に関する委員会

委員長 森 敏

この度、人間看護学研究の原稿執筆要領を改訂いたします。主な改訂内容は、文献引用についてです。従来のバンクーバー方式から、ハーバード方式に変更します。後者のなかでも、『アメリカ心理学会（A P A）の論文作成マニュアル（Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed.）』に準拠し文献を記載することになりました。

本改訂は、次号（第16巻）から適用します。つきましては、本誌に投稿される方は、新原稿執筆要領に目を通していただき、原稿を作成していただきますようお願い申し上げます。

2017年3月

巻頭言



人間看護学部 学部長

あま さ きょう こ
甘 佐 京 子

2016年は、国内外において重大な出来事が続発した1年であった。欧州ではテロが立て続けに発生し、イギリスではEU離脱が可決され自国民がその結果に驚き、さらに、米国ではトランプ氏が次期大統領に選出され世界中で大きな話題となった。国内においては、比較的地震が少ないといわれてきた熊本県で震度6強の地震が発生し大きな被害が生じた。また本来、病者や弱者を擁護すべき医療や福祉の現場で、痛ましい殺傷事件が複数件おこっている。一方、リオオリンピックにおいて、日本選手団はメダルラッシュに沸き、中でも陸上400mリレーでは、米国チームを破り見事銀メダルという想定外の輝かしい出来事もあった。このように、私たちは、日常の中で生じる様々な想定外の結果に、歓喜したり、愕然とした思いを募らせたりして日々を送っている。

さて、「研究」はどうであろうか。量的研究では演繹的に仮説を構築しデータを集め分析を行う。その結果が想定通り(仮説通り)であれば安堵し、想定外の結果に研究者は頭を悩ませる。逆に、質的研究においては、データを帰納的に分析し、想定外(予想外)の結果が抽出されれば、研究者は身を乗り出し、心を震わせることとなる。『看護』は「科学」であるが、「人間の生活」に付随するものであり、自然科学と社会科学の両側面をもつ。どちらが優劣というものではなく、対峙する現象により研究者の科学的な立ち位置や研究方法は異なる。今年度も『人間看護学研究』に多くの論文が投稿された。それぞれの研究者が導き出した「想定内・外」の研究結果を、皆さま方には是非吟味していただきたい。

研究ノート

「高齢患者の廊下歩行の場面」観察時の 看護師の危険認知の特徴 ～看護学生との比較から～



米田 照美¹⁾, 伊丹 君和¹⁾, 川端 愛野¹⁾, 関 恵子¹⁾, 窪田 好恵¹⁾, 鬼頭 泰子²⁾
松並 睦子³⁾, 安井 明子³⁾, 松田 和子⁴⁾, 梅本 範子⁴⁾
清水 房枝⁵⁾, 黒田 恭史⁶⁾, 前迫 孝憲⁷⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

²⁾佛教大学保健医療技術学部看護学科

³⁾済生会滋賀県病院看護部

⁴⁾市立長浜病院看護局

⁵⁾京都光華女子大学健康科学部看護学科

⁶⁾京都教育大学

⁷⁾大阪大学人間科学部

背景 全国のヒヤリハットの件数は、年間6万～5万件近く報告されており、中でも看護師が占める割合は7割～8割近い。看護師として医療に従事するためには、医療上のリスクを予知・回避するための観察力を養うことが必要である。危険認知にかかわる臨床看護師の優れた観察眼の特徴は、明らかになっていない部分が多い。

目的 本研究は、看護師と看護学生の「病棟廊下環境」観察時における危険認知を視線計測と記述内容の比較により、両者の危険認知の違いを明らかにすることを目的とする。また、看護学生との比較によって、臨床看護師の危険認知に関わる観察眼の特徴を明らかにする。

方法 1) 対象者は看護学生28名と臨床経験5年以上の看護師28名。

2) 実験に用いた観察課題は、転倒・転落の危険箇所を含めた「病棟廊下環境」の静止画1枚である。ディスプレイに観察課題の静止画を呈示し、眼球運動測定器機 (EMR-9 : nac社) を装着した状態で被験者に観察してもらい、危険認知した箇所を見た際にボタンを押してもらった。その際の眼球運動を視野映像として録画した。実験は、個室で1人ずつ、1回、10秒間で行った。実験後、対象者に危険認知した箇所について自由記述してもらった。

3) 対象者が危険認知し注視して押した箇所 (以後、「危険箇所」という) の画像にCUEマークが提示されるため、その回数 (以後、「危険認知回数」という) を集計した。分析ソフトは、SPSS19.0を用い、t検定、X²検定で分析した。看護学生群と看護師群の2群間の「危険認知回数」を「危険箇所」毎に比較した。被験者の自由記述内容は、危険箇所ごとに分類し、両者間で記述数、記述内容の比較を行った。

4) 倫理的配慮として対象者に研究の趣旨、参加の自由、匿名性の保持などについて説明し同意を得た。本研究は、所属大学の倫理審査委員会の承認を得ている。

The risk awareness clinical nurses on watching an elderly-patient walking along a ward hallway

～Comparison between nursing student and nurse～

Terumi Yoneda¹⁾, Kimiwa Itami¹⁾, Yoshino Kawabata¹⁾, Keiko Seki¹⁾, Yoshie Kubota¹⁾, Ysuko kitou²⁾, Mutumi Matunami³⁾, Akiko Yasui³⁾, Kazuko Matuda⁴⁾, Noriko Umemoto⁴⁾, Fusae Shimizu⁵⁾, Yasufumi Kuroda⁶⁾, Takanori Maesako⁷⁾

¹⁾Nagahama City Hospital, Department of nurseing

²⁾School of Nursing, Kyoto Koka women's University

³⁾Kuroda: Kyoto University of Education

⁴⁾Osaka University

2016年9月30日受付、2017年1月9日受理

連絡先: 米田 照美

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

e-mail : yoneda@nurse.usp.ac.jp

¹⁾School of Humam Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾School of Nursing, Bukkyo University

³⁾Saiseikai-Shiga Hospital, Department of nurseing

結果 1) 危険認知回数の総数は看護師3.5±0.8回、看護学生が2.7±0.8回であり、看護師が有意に多かった。

2) 危険箇所6点毎のチェックの結果では、看護師は看護学生と比較して、「ワゴン」、「患者の上半身・点滴棒の上部」では有意に多かった ($p<0.05$)。

3) 記述内容を比較したところ、「患者の下肢・点滴棒の下部」、「注射針 (キャップ)」が両者とも多かった。看護師は、「患者上部・点滴棒上部」「看護師」に関する記述が多かった。看護師は、患者の身体能力をアセスメントした上で危険を的確に予測している記述が多かった。

【考察】看護師は、看護学生と比較して「危険認知回数」が多いことから、10秒間でも的確に危険箇所を認知している。また、記述内容の比較では、看護師は看護学生よりも患者をよく観察し、患者の身体的な部分から危険を予知している傾向があると考えられる。また、看護師の患者や周囲への観察の仕方からも危険を予測している。それは、看護師の経験知によるものと考えられる。

結論 看護師は看護学生よりもわずか10秒間でも危険箇所を的確に観察する能力が高い。看護師は、経験知をいかして患者の身体的な面から危険を予測している。経験の浅い看護学生のインシデントを防ぐためには、経験的に学べる危険認知トレーニングの実施が必要である。

I. 緒言

医療の高度化、高齢化社会を迎え、安全で質の高い医療を提供し保証をするためには、看護師も医療上のリスクを予知・回避するための観察力を養うことが必要となる。そのような現状から、患者に安全な医療を提供するため、医療機関では医療安全管理を設置し、組織的なリスクマネジメントを行う体制づくりや臨床現場での医療安全教育が定着化している¹⁾。また、看護基礎教育においても2008年度よりカリキュラム改正が実施され「看護の統合と実践」という科目で医療安全教育が実施されている。

公益財団法人日本医療機能評価機構による医療事故情報収集等の報告書によると、平成26年度の年間の医療事故件数は3806件、そのうち看護師が当事者である件数は1822件と医療従事者の中で最も多い²⁾。事故内容としては、「療養上の世話」が最も多く、次いで「治療処置」、「与薬」に関する事故が多い。また、「療養上の世話」の中では「転倒・転落」事故が年間707件と最も多く報告されており、診療科別では「整形外科」が年間566件と最も多く報告されている。

看護職の就業年数別の比較では、0年146件、1年205件、3年181件、4年125件、5年108件、6年以降は100件以下となり、就業年数が増すごとに件数は減少している。事故要因として「観察不足」「知識不足」、「技術・手技の未熟さ」が挙げられている。それらは、看護師の看護実践能力の要素と重なる。

看護実践能力は理論的知識よりも実践的知識に支えられ、その上で経験によって熟達するが、その実践的知識は言葉では伝わりにくく、後進へ継承することが難しいとされている³⁾。その看護実践能力の一部は、看護師のナラティブ (語り) やインタビューなどの質的研究手法によって明文化されるようになった⁴⁾⁵⁾。

近年は、客観的かつ科学的手法を用いて看護実践能力

を可視化する研究が行われている。そのひとつに看護師の危険認知力に関わる眼球運動に着目した研究報告がある。キーワード「看護」「危険認知」「眼球運動」で文献検索した結果、3件の研究論文があり、看護学生を対象としたものが2件、看護学生と看護師を比較したものが1件見られた。江上は、看護学生を対象とした車いす移乗時における危険認知を計測する実験を行い、学年が上がるたびに知識が増し、危険箇所の認知回数が増加することを明らかにしている⁶⁾⁷⁾。看護師の移送介助場面の観察力に着目した研究では、看護学生との比較によって看護師の視線が広範囲で探索的であることを報告している⁸⁾。「移乗・移送」場面を取り上げた研究報告はいくつか見られたが、患者の歩行による「移動」場面を取り上げて看護師の危険認知の特徴を明らかにした研究は見当たらなかった。

現在、医療現場では高齢者患者の機能訓練の一つとして杖・歩行器など補助器具を用いた歩行訓練が機能訓練室以外の病棟でも日常的に実施されている。リハビリテーション時の事故件数は年間170~180件発生しており、中でも歩行訓練など運動療法時の事故が80~140件発生している。具体的な事故内容では、歩行訓練時にバランスを崩して転倒する事例が多く報告されている。転倒転落事故のリスクアセスメントに関する調査報告では、「70歳以上」「足腰の筋力が弱くなっている」「車いす、杖、歩行器、手すりの使用」などを重要な転倒事故の要因として上げている⁹⁾。よって、今回は、高齢者の歩行場面観察時の看護師の危険認知に着目し、その特徴を明らかにしたいと考えた。

本研究の目的は、「高齢患者の廊下歩行の場面」観察時における看護師の危険認知の特徴を看護学生との比較によって明らかにし、埋もれた看護実践能力を可視化することで、今後の看護教育における医療事故防止のための医療安全教育の一資料とすることである。

II. 研究方法

1. 用語の操作的定義

本研究においては、以下の言葉を操作的に定義した。

- 1) 看護師：「5年以上の病棟における臨床経験を持つ看護師で熟練した看護実践能力を有する者」を言う。
- 2) 看護学生：「4年制大学の看護学部所属する1年生であり、生活行動援助に関わる看護技術を習得している学生」を言う。
- 3) 危険認知能力：「看護場面や患者の療養環境を視覚的に観察した際に危険と感じた箇所を注視する力」を言う。

2. 実験対象者

対象者は看護学生1年生28名（男3名）と臨床経験5年以上の看護師28名（男性4名）である。

1) 対象者の看護師の選出方法

A県内の医療施設（総合病院）の看護部に研究の趣旨を説明し研究の協力を得た。対象となる看護師の選出条件は、(1)5年以上の臨床経験を持つ熟練看護師、(2)老年期の入院患者のいる病棟の勤務経験があること、(3)計測機器の都合上、めがね、ハードコンタクトをしていない、以上3点である。左記の3点の条件に該当する看護師を看護部の方で選出していただいた。5年以上の臨床経験を条件とした理由は、看護実践が優れている達人レベルに達するまでは5年以上の経験年数を要するからである⁸⁾。

看護学生の選出は、研究の趣旨に記載した実験協力者の募集のポスターを掲示し、研究の趣旨に同意したものを対象とした。1年生とした理由は、学習レディネスとして、移動移乗の基本的技術を看護技術演習で習得しているためである。そして、本格的な実習を経験していないため、学生間の経験知に差が小さいと考えた。高齢者の理解については、学内の講義で解剖学、生理学、老年看護学概論を習得している。また、1年次の基礎看護実習では大多数の学生が高齢患者を受け持っており、イメージしやすいと考えられる。医療安全管理として独立した科目での学習はしていないが、基礎看護技術演習で援助技術ごとのケア実践時の安全性は学んでいる。

3. 実験方法

1) 実験課題

図1の写真は、転倒・転落の危険箇所を含めた「高齢患者の廊下歩行の場面」の静止画1枚である。この場面は、川村の著書にあるリスクセンス・トレーニングの場面の中から「移動場面」に関わる事例を参考に場面構成した¹⁰⁾。日本においては男性より女性の高齢

患者の割合が高いため患者は高齢女性とした。

事故の要因となる危険箇所は、画面上、□に囲まれた6箇所を設定した。その危険箇所について以下に説明する。危険箇所(1)は、「患者上部・点滴棒上部」付近にある。患者がうつむき加減で歩いているため、目の前の点滴台の存在に気づかず、そのまま進むと衝突して転倒する可能性がある。危険箇所(2)は、「患者下部・点滴下部」付近である。下肢の筋力低下のため杖を補助具として用いている。スリッパがしっかりと履いていない状態で歩いている。また、ズボンはしっかりと上げられておらず、ズボンの裾が長い。以上のことから、足がもつれて転倒する可能性がある。危険箇所(3)は、「廊下に落ちている注射針のキャップ」である。患者が目の前の点滴台に気づき、避けようとした際にキャップを踏んで躓き、転倒する可能性がある。危険箇所(4)は、「廊下の床にこぼれている水」である。点滴台に気づいて患者が避けようとした際に、水で滑って転倒する可能性がある。危険箇所(5)は、「看護師」である。看護師の視線が下向きで前方の患者に気づいておらず、そのまま進むと患者が点滴台を避けようとした際に看護師の押しているワゴンが後ろから衝突して転倒する可能性がある。危険箇所(6)は、「ワゴン」である。ワゴンが患者に接触すれば患者が転倒する可能性があり、ガラスのビンがワゴンの落ちやすい端に乗せられているため、なんらかの弾みで割れた場合、患者の障害物になる可能性が高い。

2) 測定項目

「危険認知回数」「危険箇所毎のチェック」「危険と判断した理由(記述)」の3項目である。「危険認知回数」「危険箇所毎のチェック」については、眼球運動測定器機(EMR-9:nac社)を用いて実験した。呈示した場面の観察時にあらかじめ設定した危険箇所6点



図1 観察課題の静止画

を危険認知の有無と危険認知した回数を計測した。「危険と判断した理由」については、実験終了後の自由記述調査を実施した。

3) 実験環境と手順

(1) 「危険認知回数」「危険箇所毎のチェック」の計測実験の環境と手順

実験場所は、対象者の所属医療施設内のシールドされた個室で行った。看護学生は、A大学のシールドされた個室で行った。図2は、実際の実験環境である。実験（測定）は、1人1回10秒間で一人ずつ行った。

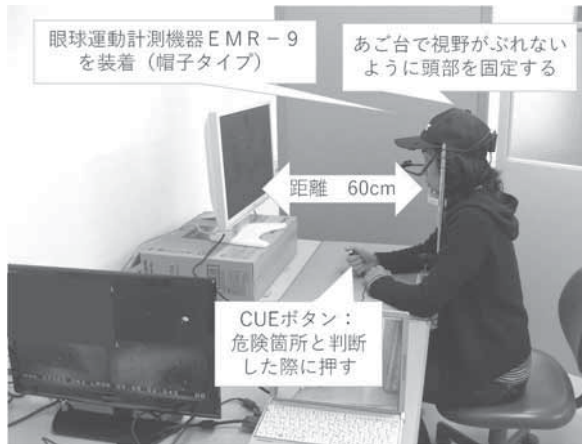


図2 実験環境

ディスプレイと対象者の顔との距離は、観察する画像が平面の静止画であるためその条件に適した60cmとし、観察時に顔がぶれて視野が不安定にならないようあご台に顔を乗せて固定した。そして、キャリブレーション設定後に実験を実施した。(図2)

ディスプレイに観察課題の静止画を呈示し、眼球運動測定器機 (EMR-9 : nac社) を装着した状態で被験者に観察してもらい、危険認知した箇所を見た際に手元にあるCUEボタンを押してもらった。その際の眼球運動を視野映像として録画した。録画した映像からは対象者がボタンを押した際に画面上

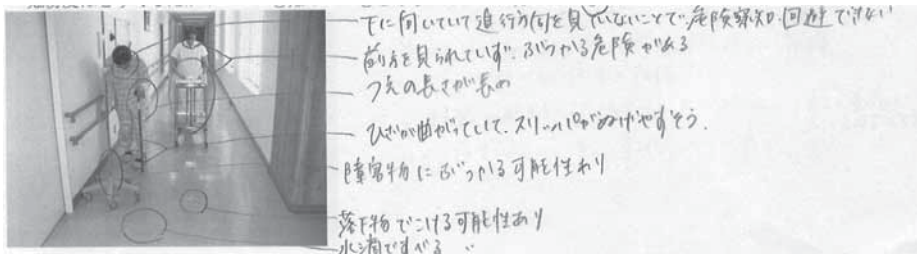


図3 自由記述の記入例

にCUEマークが提示されるようになっている。

(2) 「危険と判断した理由」について自由記述の調査
実験終了直後に観察課題の写真(紙面)に、危険と感じた箇所に○印をして、なぜ、危険と判断したのか、その理由を自由記述してもらった。図3にその記入例を示す。

4. 分析方法

1) 「危険認知回数」「危険箇所毎のチェック」の分析方法

録画した対象者の眼球運動の視野映像を再生し、危険と判断しCUEボタンを押した箇所(以後、「危険箇所」という)とその回数(以後、「危険認知回数」という)を集計した。「危険認知回数総数(6点満点)」は、IBM SPSS19.0を用いてt検定を行った。Leveneの検定においてはF値0.107、有意確率が0.744であったため、等分散と仮定した。

「危険箇所毎のチェック」の有無については、あらかじめ設定した危険箇所6点ごとにCUEボタンを押した人数と押していない人数を集計し、2×2のカイ2乗検定を用いて分析した。最小期待度数が満たないため、Fisher直接法(両側)にて分析を行った。

2) 「危険と判断した理由」について自由記述

実験後に対象者が記述した内容を危険箇所別に分類し、次いで「事故の要因」と「予測される結果」に分類した。また、どの危険箇所でどのような判断をして要因や事故予測しているのか、また、その記述数に差があるのかを両群間で比較した。

5. 倫理的配慮

眼球運動測定機器(アイマークレコーダー)は、眼球運動や視線の動きを超小型カメラから間接的に計測する機器である。観血的に測定する機器ではなく、間接的に眼球運動を測定できる測定機器であるため、生体への影響はないと考える。また、測定時間も数秒間であり、身体的・精神的負担は少ないものとする。

対象者には、実験前に研究の趣旨、実験の方法や手順、参加の自由、匿名性の保持などについて書面と口頭で説明し同意を得た。研究への参加は任意であり、参加に同意しないことをもって不利益な対応を受けないこと、参加に同意した場合であっても、不利益を受けることなくこれを撤回することができることを説明した。看護学生には、研究参加の有無や実験結果が成績に一切

影響しないことを説明した。また、今回の実験で取得した個人情報、主任研究者の責任の下に管理し、厳格なアクセス権限の管理と制御を行うこと、保管に当たっては、個人を特定できないようにして取り扱うなど、安全管理の徹底を図り、研究終了後、個人情報を含むデータを消去または裁断処理により廃棄し、適正に処分することを説明した。本研究は、研究者の所属機関の大学の「研究に関する倫理審査委員会」の承認（第314-1号）を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の属性

- 看護学生は1年生であり、年齢は18～19歳である。
- 看護師の平均臨床経験年数は、 14.5 ± 6.9 年 (Mean \pm SD), 最大値32年～最小値5年、男性4名、女性24名であった。5～10年12名、11～15年5名、16～20年5名、21～25年4名、26年以上2名である。

2. 危険認知回数総計の両者比較 (図4)

危険認知回数合計の平均値比較では、看護師は 3.5 ± 0.8 (Mean \pm SD) 回、看護学生 2.7 ± 0.8 回と看護師のほうが有意に多かった ($p < 0.01$)。

危険認知回数が看護学生よりも看護師に多いことから、わずか10秒という短い間でも看護師は的確に危険箇所に視線を向け、危険を認知していたことが伺える。

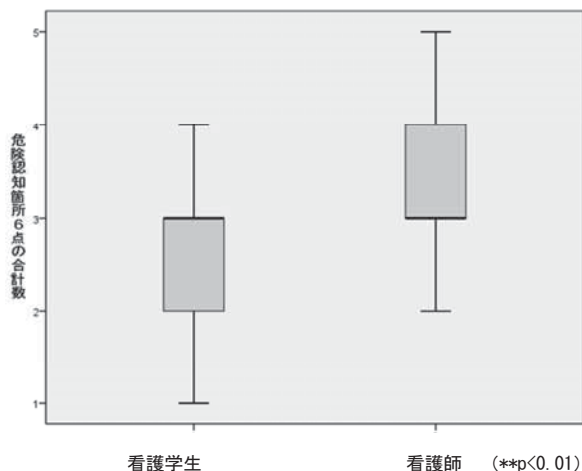


図4 危険認知回数の総計の比較

3. 危険箇所別の危険認知チェックの有無での両者の比較 (表1)

危険箇所別の危険認知チェックの有無の比較では、看護師群は看護学生群と比較して「ワゴン」と「患者上部・点滴棒上部」が有意に多かった ($p < 0.05$)。「看護師上体」「水滴」「注射針キャップ」「患者下部・点滴棒下部」は、両群間において有意な差は見られなかった。

4. 危険と判断した理由の記述内容の比較 (表2)

表2は、危険箇所と判断した理由の記述内容を示したものである。記述内容の比較では、看護師の記述数が159、看護学生の記述数が112と看護師の方が多かった。

看護師は、「患者下部・点滴棒下部」に対する危険認知の記述数が58、全体の40.0%と最も多かった。次いで「注射針キャップ」は記述数33、割合20.5%、「患者上体・点滴棒上部」は記述数19、割合11.8%、「看護師上体」は記述数18、割合11.1%、「廊下の水滴」は記述数16、割合9.9%、「ワゴン」は記述数10、割合6.2%であった。全体的に患者上部・下部を合わせると、記述数77、割合51.8%と約半数が患者に関わる記述であった。

看護学生は、看護師と同様に「患者下部・点滴棒下部」に対する危険認知の記述数が33、全体の29.3%と最も多かった。次いで「注射針キャップ」は記述数24、割合21.4%、「廊下の水滴」は記述数24、割合21.4%、「看護師」は記述数10、割合8.9%、「患者上部・点滴棒上部」は記述数9、割合8.2%、「ワゴン」は記述数8、割合7.2%であった。患者に関する記述数は42であり、全体の37.5%と最も多かったが、看護師と比較するとその割合は低い。看護師の記述数を比較したとき、看護学生の記述数は、全体的に1箇所集中しているというよりも全体的にやや分散している傾向がみられる。

表1 危険認知箇所別のチェックの有無

| 危険箇所 | チェック | 属性 | | Pvalue |
|------------|------|------------|------------|--------|
| | | 看護学 (n=28) | 看護師 (n=28) | |
| 患者上部と点滴棒上部 | 無 | 18 | 8 | 0.015* |
| | 有 | 10 | 20 | |
| 患者下部と点滴棒下部 | 無 | 12 | 7 | 0.259 |
| | 有 | 16 | 21 | |
| 水滴 | 無 | 12 | 15 | 0.593 |
| | 有 | 16 | 13 | |
| 注射針キャップ | 無 | 8 | 10 | 0.775 |
| | 有 | 20 | 18 | |
| 看護師上部 | 無 | 22 | 19 | 0.547 |
| | 有 | 6 | 9 | |
| ワゴン | 無 | 20 | 11 | 0.031* |
| | 有 | 8 | 17 | |

Fisher直接法 (両側) * $p < 0.05$

表2 危険箇所と判断した理由の記述内容の両者の比較

| 危険チェックされた箇所 | 看護師28名（記述数159） | | | 看護学生28名（記述数112） | | |
|-------------|----------------|---|---|-----------------|---|--|
| | 記述数(%) | 代表的な内容 | | 記述数(%) | 代表的な内容 | |
| 看護師 | | | | | | |
| 看護師の通過する位置 | 5 | <ul style="list-style-type: none"> 職員が下を向いていて、真ん中を通ろうとしているため患者に接触する可能性あり 真ん中を通ると歩行している人につかたりする危険がある 廊下の真ん中を通行することで前から来た人が避けようとするので危険 | | 4 | <ul style="list-style-type: none"> 看護師は廊下の中央を通過してはいけない。患者に当たる可能性がある。 | |
| 看護師の視線 | 18 (11.1%) | 13 | <ul style="list-style-type: none"> 前方を確認せずに歩いている 下を向いて押しているため、患者がもしふらつく、方向転換をしたときにぶつかり転倒につながるリスクとなる 看護師はカートの上に視線が集中している 看護師自身も下を向いており歩行中の患者がぶつかるリスクも高いし患者の危険に気付くことができない 周囲が見えておらず、廊下の水で転倒する危険がある 患者や落下物を見ていない | 10 (8.9%) | 5 | <ul style="list-style-type: none"> 看護師が下を向いていて、患者に気付いていない 前方を看護師が確認していない |
| ワゴン | | | | | | |
| ワゴン | 10 (6.2%) | 10 | <ul style="list-style-type: none"> 患者がふらついて当たる可能性あり。器具・薬品乗っているのが危険 すぐに患者のわきを通ると危ない たくさん物が置いてあり、落ちて転倒の原因になる。物品損害 カートが真ん中を通っているのがぶつかりそうで危険 患者にぶつかるリスク 台車をひいた看護師が落ちている針に気づかず、台車で踏み、台車の物が落ちるもしくは患者の方へ台車が向いてしまいぶつかる | 8 (7.2%) | 8 | <ul style="list-style-type: none"> ワゴンにぶつかる 看護師のカートにまきこまれてしまう |
| 患者上部/点滴棒上部 | | | | | | |
| 患者の視線 | 19 (11.8%) | 16 | <ul style="list-style-type: none"> 下を向いていて、進行方向を見ていないことで、危険察知回避できていない 前をみえないので、前の物見えていずぶつかる 常に前傾姿勢で前方を見ていない。物にぶつかる 歩行に必死で視線が下に向き周囲の危険回避できない 看護師が後ろからきていることに気がついていないかも | 9 (8.2%) | 3 | <ul style="list-style-type: none"> 患者が下を向いていて、前や周りが見えていない |
| 患者の持つ手すり | | 3 | <ul style="list-style-type: none"> 患者にあっていない 手すりが終わっているので支えなくなり危険 手すりが無いと歩行困難であれば1本杖でいいのか→転倒 | | 6 | <ul style="list-style-type: none"> 手すりの高さ、途中から手すりが無い 手すりが急になくなると歩行が困難になる |
| 患者下部/点滴棒下部 | | | | | | |
| 患者の杖 | | 6 | <ul style="list-style-type: none"> 杖の高さが高く本人に合っていない 杖が滑る危険がある | | 3 | <ul style="list-style-type: none"> 杖を持っていることで、体はより安定するつながる 杖の長さが合っていないので走行しにくかったり転倒する危険がある |
| 患者の足元 | 58 (40.0%) | 17 | <ul style="list-style-type: none"> パジャマの裾が床とすれており、転倒のリスクあり。スリッパで歩行していることが転倒のリスクあり 患者の左足のスリッパが十分に履けておらず脱げそう 脱げやすくすべる、転倒リスクあり やや内施してしっかり足がついていないので転倒のリスクがあるのでスリッパはだめ 膝がまがってスリッパが脱げやすそう | 33 (29.3%) | 2 | <ul style="list-style-type: none"> ズボンも裾を踏んでいるのでこける |

| | | | | | |
|-----------------|---------------|----|---|---------------|--|
| | | | ・スリッパなので滑る危険があり、筋力低下があるので一人で歩行すると、転倒する危険がある | | |
| 患者のスリッパ | | 8 | ・つまづき、転倒の可能性 ・ズボンの裾にひっかかって転倒 | 8 | ・スリッパが脱げて転倒の原因になりそう ・スリッパがしっかりはけていない |
| 点滴台(棒) | | 27 | ・手すりの前に可動性のあるものは危険、通れない ・キャスター付点滴棒にぶつかり転倒に至る ・手すりから点滴棒に持ち替えて。車なので支えが十分でなく前のめりになる ・歩行ルートに可動式ツングが置いてある ・歩いている患者の前にあり、それを持ってしまうと前に動いて転倒する | 20 | ・歩行の邪魔になる ・患者さんの前にあって歩行を妨げている ・患者さんがぶつかってしまう |
| 廊下の水滴 | | | | | |
| 廊下の水滴 | 16 (9.9%) | 16 | ・水滴で滑る可能性あり ・床がぬれており転倒リスクあり | 24 (21.4%) | 24 ・液体がこぼれて滑りやすい ・滑ってこけてしまう |
| 廊下の落下物 | | | | | |
| 廊下の落下物(注射針キャップ) | 33 (20.5%) | 33 | ・物が落ちており、つまずいたりする可能性あり ・物がおちてつまずく。看護師がカートでつまずく ・針落ちていて、踏む危険あり。転倒リスクあり ・廊下に注射器が落ちている。ワゴンが通りそれがはずみで広がり患者がそれを踏んでしまう ・視力低下もあり下が見えない可能性あり。踏んで転倒するリスクあり | 24 (21.4%) | 24 ・ふんだりしてしまうとささったり転んでしまう ・床に物が落ちているため、通行人の転倒につながる ・床に注射器が落ちていて、ワゴンで引いたら、どこかにとぶ可能性がある |
| その他 | | | | | |
| 患者/看護師距離 | 2 (1.2%) | 2 | ・看護師と患者の距離が離れており、患者が転倒など危険にさらされた時、支えられない | 0 (0%) | |
| ドア/廊下曲がり角 | 3 (1.9%) | 3 | ・誰かが出てきてぶつかる危険 ・廊下やドアで死角がで急いでいる人とぶつかる危険 | 4 (3.6%) | 4 ・角から人が来ても気づかずぶつかる可能性がある |

記述内容を比べると、看護師の方が具体的に事故要因や起こりえる事故を予測している傾向がみられた。看護師の代表的な記述には「患者を見ていない」「筋力低下」「前傾姿勢」「杖一本で支えられない」「ふらつく」など高齢患者の身体的特徴を捉え、看護師の周囲への観察不足や注意不足から事故要因の記述が見られた。他方、看護学生は、高齢患者の身体的特徴を踏まえた記述が少なく、廊下を歩行する際の一般的通行ルールで判断した記述が多かった。

IV. 考察

視線計測機器による危険認知回数では、看護学生よりも看護師に多いことから、わずか10秒という短い間でも看護師は的確に危険箇所を視線を向け、危険認知していたことが伺える。ベッドからの転落場面を観察した時の視線を看護学生と看護師と比較した研究報告では、看護学生は危険に気づく速度が遅い傾向にあることを報告している¹¹⁾。今回の結果では看護学生よりも看護師の危険認知回数が多かったことから、看護学生は危険に気づく

速度が遅い傾向にあるという先行研究の結果を支持するものとなった。

看護師は看護学生と比較して「患者上部・点滴棒上部」の危険認知チェックが有意に多かった。このことから、看護師が患者の足元だけではなく、患者の上半身を含めた全身を注意深く観察していたと考えられる。横田らは、「眼球運動は物理的特徴を捉えて、脳に伝えるだけでなく、脳内でその視覚情報が評価者の態度(価値観)、経験・知識などに照合され、次の眼球運動に影響を与える」と述べている¹²⁾。今回の実験では、看護師が患者の身体的な機能に価値を置き、自身の経験知から高齢者の転倒リスクにつながる重要な危険箇所を選定し、自動的に視線を向けて観察していた可能性が高いと考える。

「ワゴン」に関する記述内容を両群間で比較すると、看護学生は「ワゴンがぶつかる」という事故の結果は予測できていたが、その事故の要因を高齢患者の身体的特徴に関連付けて記述したものが少なかった。他方、看護師の場合は、「患者が見えていない」「筋力低下」「前傾姿勢」「杖一本で支えられない」「ふらつく」など、高齢患者の身体的機能が要因で起こり得る危険や看護師の注意不足から起こり得る危険を予測する記述が見られた。

顕在化された危険箇所視線を向け観察することは容易でも、潜在的な危険に気づくには、経験が必要である。寺井は、転倒リスク場面の観察時の視線計測結果から、看護学生の注視部位とアセスメント内容が一致しない傾向がある一方、看護師はまったく注視していない部位からもアセスメントしていたことを報告している¹³⁾。また、看護師も看護学生も同じ注視時間で同じ注視回数であっても、危険箇所のアセスメント内容が看護学生よりも看護師において、よりの確で詳細であるという報告もある¹⁴⁾¹⁵⁾。看護師は、その場面を見なくても状況を読み聞きするだけでも患者のおかれている状況をイメージすることができ、起こり得る危険箇所を判断できるのではないかと考える。看護師は、状況を瞬時に捉えて、類似した状況の中から芋づる式に経験知を引き出し、危険予測している可能性が考えられる。このような高次の認知力を持っているからこそ潜在的な危険にも気づくことができるのではないかと考える。ただ状況を漠然と眺めているだけでは、危険を認知し予測して回避することは難しい。

Bennerは、5年以上の臨床経験のある看護師を達人レベルの看護実践能力をもつ者とし、その能力の特徴として、全体を把握する能力に長けていることを述べている⁸⁾。他方、経験の少ない初心者レベルの看護学生は、原理原則に従い全体を把握する能力が弱いといわれている⁸⁾。その特徴は、患者の置かれている状況から危険を判断する能力の弱さにも現れている。人間は、経験の中で繰り返し身につけた知識をスキーマという構造化した形で記憶の中に持っており、必要なときに出現させて混乱せずに行動していると言われている¹⁶⁾。熟練者のスキーマは発達しており、専門的技能の熟達にも影響している。専門的技能は身体を通して獲得されるため、経験を積むことで熟達する。しかし、経験が少ない看護学生はスキーマが未発達であるため実践的な知識も乏しく、テキストや講義で学んだ理論的知識に頼って判断するしかない。松尾は、成人の能力開発の大部分は経験によって説明ができ、熟達者を育てる上で最も重要なのは「良質な経験」を積むことであると述べている¹⁷⁾。臨床看護師の現任教育では、経験学習を多く用いている。その学習方法は、医療事故やヒヤリハットについての教育にも活用されている。看護師は、体験した医療事故やヒヤリハットを内省化することで教訓を得て、自身の危険認知能力の向上につなげている。

藤原は、看護学が実践の学問であるという前提で「現場の状況に似せたシナリオを用いてOff-JTによるトレーニングを行うことで、事前にさまざまな状況を疑似体験し、状況対応能力、状況判断能力を養える。」と述べている¹⁸⁾。今後、医療安全教育を行う上では、形式的な知識の付与ではなく具体的な体験から教訓を得て実践知を獲得できるような教育方法を検討していくことが重要で

はないかと考える。

V. 結論

「高齢患者の廊下歩行の場面」観察時において看護学生と看護師の危険認知回数、危険認知の理由の記述内容を比較した結果、以下のことが明らかとなった。

- 1) 看護師は看護学生と比較して危険認知回数が多いことから、10秒間に効率よく危険箇所を観察できるという特徴がみられた。
- 2) 看護師は看護学生と比較して、記述内容から患者の身体的能力から危険に影響する要因と捉え、危険要因や危険予測をしている特徴がみられた。
- 3) 看護師は、自己の経験知をいかして危険を認知している可能性が考えられた。
- 4) 経験のない看護学生の臨床実習におけるインシデントの防止には、臨床に近い状況で経験的に学べる危険認知トレーニングが必須と考えられた。

VI. 本研究の限界

本研究は一部の看護場面で限られた地域の看護師、学習レベルの看護学生を対象としているため、結果の一般化には限界がある。今後は更に地域や対象数を増やして検証する必要がある。

謝辞

本研究にご協力頂いた被験者の皆様に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 嶋森妙子：安全確保のために医療提供体制を再考する～医療安全確保のために看護管理者に求められていること、日本看護管理学会，Vol.17（1），6-14，2013.
- 2) 公益財団法人 日本医療機能評価機構：医療事故／ヒヤリハット報告事例検索，<http://www.medsafe.jp/>，2016.
- 3) Benner, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳：ベナー看護論～達人ナースの卓越性とパワー～，医学書院，10-33，1992.
- 4) Benner, 早野真佐子訳：エキスパートナースとの

- 対話, 照林社, 140-171, 1992.
- 5) 佐藤紀子: 「看護師の経験の知」, 医学書院, 8-99, 2007.
 - 6) 江上千代美, 田中美智子, 近藤美幸, 他: 看護場面における看護学生の危険認知と眼球運動との関係、看護人間工学研究誌, 12, 15-20, 2011
 - 7) 江上千代子, 田中美智子, 近藤美幸, 他: 看護場面における看護学生の危険認知の評価～眼球運動指標の活用, Vol.10(1), 13-20, 2012.
 - 8) 中原るり子, 蜂ヶ崎令子, 田中美穂 他: 移乗移送動作における看護師と学生の注視行動と危険認知の比較, ヒューマン・ケア, Vol.14(1), 2013.
 - 9) 鈴木信子, 小山優, 島村弘宗: 多方向からのアプローチによる転倒転落事故低減に向けた取り組み, 医療の質・安全学会誌, Vol.11(3), 285-295, 2016.
 - 10) 川村治子編: 医療安全ワークブック, pp169～191, 医学書院, 2004.
 - 11) 横井達枝, 箕浦哲嗣, 大津廣子: 危険場面における看護学生と熟練看護師の注視の比較, 日本看護技術学会誌, Vol.13(2), 132-139, 2014.
 - 12) 横田幹朗, 村川三郎: 眼球運動特性から見た眺望景観評価に関する研究, 日本建築学会総合論文誌, No.3, 84-90, 2005.
 - 13) 寺井梨恵子, 丸岡直子, 田甫久美子: 医療の質・安全学会誌, Vol.10(1), 3-10, 2015.
 - 14) 米田照美, 伊丹君和, 川端愛野, 清水房枝, 黒田恭史, 前迫孝憲: 看護学生と看護師のベッド周辺環境の観察力の違い, 日本人間工学会看護人間工学研究誌, Vol.15, 31-36, 2014.
 - 15) 米田照美, 伊丹君和, 清水房枝, 黒田恭史, 前迫孝憲: アイマークレコーダを用いた熟練看護師の観察眼解明と看護学生の医療安全教育への導入, 平成25～27年度科学研究費助成事業研究 基盤研究 (C), 課題番号25463327, 成果報告書 2016.6.
 - 16) 波多野諄余夫編: 認知心理学5～学習と発達～, 第4章コネクションとしての学習, 東京大学出版会, 101～104, 2003.
 - 17) 松尾睦: 経験からの学習, 第2章 経験の実践的研究, 同文館出版, 1-7, 2006.
 - 18) 金井壽宏, 楠見孝編: 実践知, 第5章 人を相手とする専門職, 有斐閣, 173-222, 2012.

(Summary)

Differences in the risk awareness between nursing students and clinical nurses on watching an elderly-patient walking along a ward hallway

Purpose The present study aims at finding and analyzing differences in the risk awareness between nursing students and clinical nurses when they watch an elderly patient walking along a hallway of the hospital ward.

Methods Subjects were 28 nursing students and 28 experienced nurses with a working period of 5 years or more. They wore the device for the measurement of eyeball movement (EMR-9: nac). One still image of an elderly patient walking along a ward hallway was presented to the subjects for 10 second. They were asked to push the button, when they notice a risk in the image. During the procedure, eyeball movements and visual fields of the subjects were recorded. The frequency of the risk awareness in each risky point was compared

between nursing students and clinical nurses. The data were analyzed statistically by student's t-tests, chi-squared test using SPSS19.0.

Results and Discussion The frequency of the risk awareness by clinical nurses (3.5 ± 0.8) (mean \pm S.D.) was significantly higher than that by nursing students (2.7 ± 0.8) ($p < 0.01$). Particularly, the risks around a wagon ($p < 0.05$), upper body of a patient, and upper portion of an IV pole ($p < 0.05$) were noticed more frequently by clinical nurses.

Conclusion Clinical nurses take advantages of their experiences and efficiently found risks in elderly patients walking along a hallway.

Key Words risk awareness, eyeball movement, nursing

研究ノート

在宅療養者への看護診断適用：診断ラベルを自動選定するコンピュータプログラムの開発



森 敏

滋賀県立大学人間看護学部

背景 NANDA-I看護診断は、投薬などの医療行為を施さずに、看護のみで改善可能な看護課題（看護の対象となる現象）を抽出するツールである。われわれは先に、「在宅療養者版看護診断」コンピュータシステムの基礎となる、i) 看護診断ラベルの選定（10領域、49診断ラベル）、ii) アセスメントリストの作成、iii) 診断を導く関数の考案を行った。

目的 今回、タブレット型コンピュータで動作する「在宅療養者版看護診断」コンピュータプログラムを構築した。

方法 データベースソフトには、FileMaker Pro 15[®]を使用した。アセスメント項目の入力から看護診断ラベルの選定までを自動化した。

結果 アセスメント項目をフィールド名に置き換え、アセスメント項目の有無により診断ラベルが自動選定されるように設計した。フィールド名には使用できない文字・記号が存在するため、アセスメント項目名は一部修正した。また、アセスメント項目と診断ラベルとの重複回避、他項目での代用などの前処理も行った。フィールド定義はアセスメント項目に「1」「0」を割り当て、クリック入力できるようにした。診断ラベルの選定は、アセスメント項目のチェック状況により決定されるため、論理関数で処理される計算フィールドとした。画面設計は、画面サイズをiPad[®]用に設定し、①療養者の属性、②各領域毎の入力項目（領域4のみ2分割）、③診断ラベルの選定結果をそれぞれ別個のレイアウトに配置し、レイアウト数は13となった。フィールド数は、療養者の属性15、アセスメント項目132、診断ラベル選定のための計算フィールド50を加え合計197となった。また、ファイル容量は1.3メガバイトとなった。iPad[®]で患者データの入力を試みたところ、入力は迅速になされ、診断ラベルの自動選定まで問題なく動作した。入力に要する時間は一人あたり約15分であった。

結論 本プログラムを組み込んだタブレット型コンピュータを使用することにより、在宅療養者の看護診断を効率化することができる。

キーワード 在宅療養者、看護診断、タブレット型コンピュータ、コンピュータプログラム、データベース

I. 緒言

高齢化の進展とともに、国民医療費が年々増大している。このような状況に対応するために、医療モデルを「病院完結型」から「地域完結型」に転換し、在宅医療・

介護を推進する方針が国から示されている¹⁾。そこで今後、在宅療養者が爆発的に増加すると予想される。この在宅療養者の状態を維持・改善する方策を探求することは喫緊の課題であり、ひいては医療費の削減にも貢献できる。

NANDA-I看護診断は、投薬などの医療行為を施さずに、看護のみで改善可能な看護課題（看護の対象となる現象）を抽出するツールである^{2,3)}。われわれは先に、「在宅療養者版看護診断」コンピュータシステムの構築を目指して、その基礎となるi) 看護診断ラベルの選定（10領域、49診断ラベル）、ii) アセスメントリストの作成、iii) 診断を導く関数の考案を行った⁴⁾。

今回、アセスメント項目の入力から看護診断ラベルの選定までを自動化するコンピュータプログラムを開発した。

Application of the nursing diagnoses to the home care person: Development of a computer program that automatically selects a diagnosis label

Satoru Mori

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2016年9月30日受付、2017年1月9日受理

連絡先：森 敏

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：satomori@koto.kpu-m.ac.jp

II. 研究方法

1. ソフトウェア

データベースソフトウェアの FileMaker Pro 15[®] (ファイルメーカー社) を使用した。

2. プログラム

- ① タブレット型コンピュータ (iPad[®]) で情報の入力・表示を行うプログラムを開発した。
- ② 「在宅療養者版看護診断」のアセスメント項目の入力から看護診断ラベルの選定までを自動化した。
- ③ タッチデバイスの使用経験のない人にも容易に操

作できるように、文字入力を極力少なくし、ボタンのクリックで入力できるように入力作業を簡易化した。

III. 結 果

1. プログラム作成

プログラムは、アセスメント項目名をフィールド名に置き換え、アセスメント項目の有無により診断ラベルが自動選定されるように設計した (表1.)⁵⁾。

表1 看護診断の診断指標と関数

領域1. ヘルスプロモーション

■非効果的健康管理

- ①指示された治療計画に対する困難感
 - ②治療計画を毎日の生活に組み込めない
- * ①+②= 2

領域2. 栄養

■栄養摂取消費バランス異常：必要量以下

- ①体重が理想体重よりも20%以上少ない
 - ②食物摂取量が1日あたりの推奨量より少ない⇒食事摂取量が少ない
 - ③食物嫌悪⇒食欲不振
 - ④身長
 - ⑤体重
- * ① (BW ≤ BH x BH x 22 x 0.8) & ②+③ ≥ 1

■過体重

- ①BMI値25以上
 - ②身長
 - ③体重
- * BW ≥ BH x BH x 22 x 1.25

■嚥下障害

- ①夜間の咳き込み
 - ②つかえ感を訴える⇒つかえ感
 - ③むせる⇒食事時のむせ
 - ④口腔内に食べ物が残る⇒口腔内に食物残留
 - ⑤嚥下の遅延⇒なかなか呑み込まない
- * ①+②+③+④+⑤ ≥ 1 (=上記のいずれかがある)

■体液量不足

- ①皮膚緊張度の低下
 - ②尿量の減少
 - ③乾燥した粘膜
 - ④口渇⇒口が渇く
- * ①+②+③+④ ≥ 1

■体液量不足リスク状態

- ①水分入手に影響する異常⇒水分摂取量が少ない
 - ②通常の排出経路からの過剰な体液喪失⇒下痢→過剰な体液喪失
- * ①+② ≥ 1

■体液量過剰

- ①呼吸困難
- ②浮腫

- ③短期間での体重増加
- ④圧痕
- * ①+②+③+④ \geq 2

領域 3. 排泄と交換

■機能性尿失禁

- ①トイレに着く前の排尿⇒トイレに間に合わず尿を漏らす
- ②尿意を感じてからトイレに着くまでの移動に時間が長い⇒歩行障害⇒歩行の障害
- * ①+②=2

■溢流性尿失禁

- ①不随意で少量の尿もれ⇒少量の尿もれ
- ②排尿障害⇒尿が出にくい
- ③残尿量の増加
- * ①=1 & ②+③ \geq 1

■腹圧性尿失禁

- ①不随意の少量の尿もれ（咳嗽時、笑った時、くしゃみをした時、労作時）⇒咳嗽・笑い・くしゃみなど、労作時の尿もれ
- * ①=1

■切迫性尿失禁

- ①トイレに間に合わず尿失禁を回避できない⇒トイレに間に合わず尿を漏らす
- ②尿意切迫感⇒強い尿意があり、排尿を我慢できない
- * ①+② \geq 1

■便秘

- ①排便回数の減少⇒3日間以上排便がない
- ②排便時にいきむ⇒便が出にくい
- * ①+② \geq 1

■下痢

- ①24時間に3回以上のゆるい水様便⇒1日3回以上の水様便
- * ①=1

領域 4. 活動/休息

■不眠

- ①入眠困難⇒寝入りにくい
- ②睡眠持続困難⇒睡眠の持続困難
- ③睡眠についての不満⇒眠った感じがしない
- ④翌日に影響を与える睡眠障害⇒上記
- ⑤早期覚醒⇒早朝覚醒
- * ①+②+③+⑤ \geq 1

■睡眠パターン混乱

- ①睡眠パターンの変化⇒ぐっすり眠れない
- ②環境障壁⇒部屋が明るすぎる
- ③環境障壁⇒騒音
- ④環境障壁⇒寝具が合わない
- ⑤環境障壁⇒その他の環境要因
- * ①=1 & ②+③+④+⑤ \geq 1

■床上移動障害

- ①腹臥位から仰臥位へと体を動かさない⇒寝返りがうてない
- ②床上で自分の姿勢を変えられない⇒仰臥位から座位になれない
- * ①+② \geq 1

■移乗能力障害

- ①ベッドから椅子へ移乗できない
- ②ベッドから立位へ姿勢が変えられない
- ③椅子から床へ移動できない
- * ①+②+③ \geq 1

■歩行障害

- ①階段を昇れない

- ②縁石を乗り越えられない⇒段差を乗り越えられない
- ③斜面を歩いて下れない
- ④斜面を歩いて昇れない
- ⑤必要な距離を歩行できない

$$* ① + ② + ③ + ④ + ⑤ \geq 1$$

■消耗性疲労 (=グッタリしんどい)

- ①集中力の変化⇒注意・集中力の欠如
- ②通常の身体活動を維持できない⇒活動性低下
- ③周囲に関心がない⇒上記
- ④休憩の要求の増加⇒上記
- ⑤疲労感
- ⑥エネルギー不足⇒ぐったりしている

$$* ⑤ + ⑥ = 2 \quad \& \quad ① + ② \geq 2$$

■徘徊

- ①さまざまな場所への頻回の移動⇒徘徊行動
- ②計画性のない歩行⇒上記
- ③活動過多⇒上記
- ④制止しがたい歩行
- ⑤明らかな目的地のない長時間の歩行⇒目的のない歩行
- ⑥何かを探し求めていつまでも歩く⇒上記

$$* ① + ④ + ⑤ \geq 1$$

■活動耐性低下 (=ハアハアしんどい)

- ①労作時の不快感
- ②労作時呼吸困難⇒労作時の呼吸困難
- ③消耗性疲労
- ④活動時の異常な心拍反応

$$* ③ = 1 \quad \& \quad ① + ② + ④ \geq 1$$

■入浴セルフケア不足

- ①体を拭けない⇒下記
- ②浴室まで移動できない⇒下記
- ③体を洗えない⇒自力で入浴できない

$$* ③ = 1$$

■更衣セルフケア不足

- ①衣類を(ひも, ボタン, ホックなどで)留めたり閉めたりできない⇒下記
- ②下半身用の衣類を履けない⇒下記
- ③上半身用の衣類を着用できない⇒下記
- ④衣類や履物を着用できない⇒下記
- ⑤衣類や履物を脱げない⇒自分で衣服の着脱ができない

$$* ⑤ = 1$$

■摂食セルフケア不足

- ①食物を口まで運べない⇒下記
- ②食物を噛めない⇒下記
- ③食具に食物を載せられない⇒下記
- ④食具を使えない⇒下記
- ⑤食器を持ち上げられない⇒下記
- ⑥十分な量の食物を嚥下できない⇒自力で食事ができない

$$* ⑥ = 1$$

■排泄セルフケア不足

- ①トイレで清潔行動を完了できない⇒自力で排泄の後始末ができない

$$* ① = 1$$

領域 5. 知覚/認知

■急性混乱

- ①認知機能の変化⇒見当識障害
- ②意識レベルの変化
- ③精神運動活動の変化⇒精神の変調

- ④幻覚
- ⑤落ち着きがない⇒落ち着きなくソワソワしている
- ⑥目的指向行動を十分に最後までやりとげない⇒集中力の低下
- ⑦無気力
- * ①+②+③+④+⑤+⑥+⑦ \geq 2

■慢性混乱

- ①短期記憶の変化⇒もの忘れ
- ②長期記憶の変化⇒上記
- ③進行性の認知機能障害⇒判断力の低下
- ④パーソナリティの変化
- * ①+③+④ \geq 2

■言語的コミュニケーション障害

- ①コミュニケーションが理解しにくい⇒言葉の理解ができない
- ②考えを言葉で表現しにくい⇒言葉の表出ができない
- ③言語表現が不適切⇒上記
- ④言葉を構成しにくい⇒構音障害
- ⑤呂律がまわらない⇒上記
- * ①+②+④ \geq 1

領域 6. 自己知覚

■自尊感情慢性的低下

- ①他人の意見に頼る⇒他人の意見に依存し、自己主張できない
- ②出来事への対処能力を過少評価する⇒自己否定的な発言を続ける
- ③自分についての否定的フィードバックの誇張⇒上記
- ④肯定的フィードバックに対する拒絶⇒上記
- ⑤視線を合わせない
- * ①+②+⑤ \geq 1

領域 7. 役割関係

■介護者役割緊張

- ①今後のケア能力を心配する
- ②今後の被介護者の健康状態を心配する
- ③命じられた作業を行っていく
- * ①+②+③ \geq 2

■介護者役割緊張リスク状態

- ①介護者はストレスを感じている
- ②ストレス解消ができない
- * ①+②= 2

領域 9. コーピング/ストレス耐性

■移転ストレスシンドローム

- ①ある場所から別の場所への移動
- ②移転・転勤・移住を心配している⇒生活の変化を心配している
- * ①+②= 2

■不安

- ①生活上の出来事の変化を心配する
- ②落ち着きがない（ソワソワ）⇒落ち着きなく、ソワソワしている
- ③いら立ち⇒イライラしている
- ④緊張した表情
- ⑤動悸⇒心臓がドキドキする
- * ⑤= 1 & ①+②+③+④ \geq 1

■非効果的コーピング

- ①他者に対する破壊的行動⇒自己または他者への破壊的行動
- ②自己に対する破壊的行動⇒上記
- ③状況に対処できない⇒不適切な問題解決
- ④助けを求められない

$$* ① = 1 \quad \& \quad ③ + ④ \geq 1$$

■家族コーピング妥協化

①介護者による援助行動が、満足できない結果に終わる

$$* ① = 1$$

■死の不安

①不治の病の発病に対するおそれ

②死の過程に対するおそれ

③自分の死が重要他者に及ぼす影響を心配する

$$* ① + ② + ③ \geq 1$$

■悲嘆

①落胆⇒くりかえし悲しみを訴える

②心理的苦痛⇒下記

③苦痛⇒喪失に伴う苦痛

$$* ① + ③ \geq 1$$

領域11. 安全/防御

■感染リスク状態

①病原体との接触回避についての知識不足

②病原体への環境曝露の増加

③慢性疾患（糖尿病、肥満など）

④免疫抑制

⑤栄養不良

$$* ① = 1 \quad \& \quad ② + ③ + ④ + ⑤ \geq 1$$

■非効果的気道浄化

①過剰な喀痰⇒喀痰が多い

②効果のない咳嗽⇒喀痰をうまく出せない

$$* ① + ② = 2$$

■誤嚥リスク状態

①嚥下できない⇒嚥下障害

②意識レベルの低下

③上半身挙上を妨げるもの

$$* ① + ② + ③ \geq 1$$

■転倒転落リスク状態

①転倒や転落の既往

②補助器具の使用（歩行器、杖、車椅子）

$$* ① + ② \geq 1$$

■口腔粘膜障害

①口腔内の病変⇒口腔粘膜の損傷

$$* ① = 1$$

■皮膚統合性障害

①皮膚統合性の変化⇒皮膚（上皮、真皮）の破綻

$$* ① = 1$$

■皮膚統合性障害リスク状態

①栄養不良

②機械的因子⇒寝返りがうてない（床上移動障害）

③機械的因子⇒身体拘束

④循環障害

⑤湿気

⑥骨の突出状の圧迫

$$* ① + ② + ③ + ④ + ⑤ + ⑥ \geq 2$$

■自殺リスク状態

①自殺未遂歴

②大うつ病状態から高揚状態への急激な回復⇒うつ病

③配偶者と死別

④慢性疼痛

⑤罪悪感

$$* ①+②+③+④+⑤ \geq 2$$

■高体温

- ①正常範囲以上に上昇した体温
- ②皮膚に触れると温かい⇒熱感がある
- ③頻脈

$$* ①=1 \quad \& \quad ②+③ \geq 1$$

領域12. 安楽

■急性疼痛

- ①痛みの程度・性質の自己報告⇒痛みの訴え
 - ②痛みの持続：3ヶ月未満
 - ③痛みの顔貌⇒しかめ面
 - ④痛みを和らげる体位調整⇒痛みを和らげる姿勢を取る
- $$* ①+②=2 \quad \& \quad ③+④ \geq 1$$

■慢性疼痛

- ①痛みの程度・性質の自己報告⇒痛みの訴え
 - ②痛みの持続：3ヶ月以上
- $$* ①+②=2$$

■社会的孤立

- ①支援体制の欠如
 - ②支援体制の不足
 - ③孤独感
- $$* ①+② \geq 1 \quad \& \quad ③=1$$

2. アセスメント項目名の整形

アセスメント項目名をフィールド名に置き換えるにあたり、以下の処理を行った。

- ①計算式で使用されるフィールドはフィールド名の先頭文字に数字を使用できないため、アセスメント項目の先頭文字が算用数字の場合はそれを漢数字に置き換えた。

領域3. 便秘：3日間以上排便がない⇒三日間以上排便がない

同. 下痢：1日3回以上の水様便⇒一日三回以上の水様便

- ②フィールド名には「,」「()」が使用できないため、これを削除あるいは文言を改めた。

領域6. 自尊感情慢性的低下：他人の意見に依存し、自己主張できない⇒他人の意見に依存し自己主張できない

領域9. 不安：落ち着きなく、ソワソワしている⇒落ち着きなくソワソワしている

同. 家族コーピング妥協化：介護者による援助行動が、満足できない結果に終わる⇒介護者による援助行動が満足できない結果に終わる

領域11. 感染リスク状態：慢性疾患（糖尿病、肥満など）⇒糖尿病・肥満などの慢性疾患

同. 転倒転落リスク状態：補助器具の使用（歩行器、杖、車椅子）⇒補助器具の使用

同. 皮膚統合性障害：皮膚（上皮、真皮）の破綻⇒皮膚の破綻

- ③アセスメント項目と診断ラベルの重複回避

領域2. 体液量不足リスク状態：下痢⇒過剰な体液喪失

領域4. 活動耐性低下：消耗性疲労⇒消耗性の疲労

- ④アセスメント項目を他項目で代用

領域11. 誤嚥リスク状態：意識レベルの低下⇒領域5. 意識レベルの変化

同. 皮膚統合性障害リスク状態：栄養不良⇒領域2. 栄養摂取消費バランス異常：必要量以下

3. フィールド定義

アセスメント項目の有無は、値一覧の「1」「0」を割り当て、ラジオボタンの選択により入力できるようにした。診断ラベルの選定は、アセスメント項目の有無により決定されるため、論理関数（IF関数）で規定される計算フィールドとした。

4. 画面設計

在宅療養者版看護診断10領域（1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12）の入力画面は、それぞれ別個のレイアウトとした（図1.）。なお第4領域は、診断ラベル・アセスメント項目が多いことから2つのレイアウトに分割した。「療養者の属性」を表示するレイアウトと「診断ラベル

の選定結果（図2.）」を示すレイアウトを加え、レイアウト数は合計13となった。これらのレイアウトは、各画面上に「レイアウト切り替えボタン」を配置し、ボタンのクリックだけで呼び出せるようにした。

図1 領域11. の入力画面

図2 「診断ラベルの選定結果」の画面

5. 完成プログラムの試行

プログラム本体のファイル容量は約1.3メガバイトになった。フィールドは、療養者の属性15項目、アセスメント項目132、診断ラベル選定のための計算フィールド50を加え合計197項目となった。

IPad®で実際に患者データの入力を試みたところ、入力は迅速になされ、診断ラベルの自動選定まで問題なく動作した。タブレットの使用経験のない人の入力時間は一人あたり約15分であった。

IV. 考 察

1. ハードウェアの選択

「在宅療養者版看護診断」コンピュータシステムは訪問看護ステーションでの使用を想定している。訪問看護ステーションは、人員要件が「保健師・看護師・准看護師を常勤換算で2.5人以上配置すること」となっており、きわめて小規模な組織である。訪問看護の対象者も数十人程度であり、導入するコンピュータシステムは病院で使用される電子カルテなどの大がかりなものは馴染まない。

今回作成したコンピュータプログラムの最大の特徴は、タッチデバイス（iPad®やiPhone®など）で動作することである。アップルが2007年6月にiPhone®を、2010年5月にiPad®を発売して以来、多くの人々がスマートフォンやタブレットを使用するようになり、われわれの生活に深く浸透している。ハードウェアの選択にあたっては、小型化・軽量化・薄型化したパソコンも選択肢に入るが、タブレットの方が安価なため導入が容易である。最近のタッチデバイスの高性能化は、パソコンにも匹敵する処理速度を実現しており、十分に実用に耐える。

2. プログラムの構築

今回、データベースソフトウェアとしてFileMaker Pro 15®を選択した。本アプリケーションは業務で使用するアプリケーションを設計しやすく、柔軟性の高い変更が自由に行えることから、プログラム作成後に生じた問題や要望にも対応しやすい。実際、NANDA-I看護診断は3年ごとに改訂され^{2,3)}、原典の最新化に伴い診断ラベルから診断指標・関数まで見直す必要が生じるが、プログラムとしての対応は容易である。

今回作成したプログラムを使用すると、アセスメント項目の有無を入力すれば、看護診断ラベルの選定結果が瞬時に出力される。このことは、煩雑な集計作業から解放され、ケアプラン策定の省力化・効率化を図ることができる。また「看護診断ラベルの選定結果」は、個々の療養者のもつ看護課題と改善の可能性を示すもので、ケアプラン策定資料として有用性が高い（図2.）。さらに

今回のコンピュータ化は、ケアプラン策定の効率化のみならずデータベース化の意義が大きい。個人データが蓄積されることにより、高齢者の状態の経時変化やステーション全体の状況など、コンピュータによる処理が自由に行える。担当者別、年度別、特定の診断ラベルをもつ療養者リストなど、必要に応じて分類し、並べ替え、出力することができる。

今回のプログラムは、「アセスメント項目の入力－看護診断ラベルの選定－看護課題の特定－ケアプラン策定」という一連のケアプラン策定過程のなかでも、診断ラベルの選定までを自動化している。NANDA-I看護診断では、NOC(Nursing Outcomes Classification, 看護成果：期待される結果)、NIC (Nursing Intervention Classification, 看護介入：ケアプラン)が考案されており、看護診断と同様、系統立てられた項目から選択することになっている^{6,7)}。しかし、これらは未だ確立されたものではないことから、今回はプログラムへの組み込みを見送った。

NANDA-I看護診断はアセスメントからケアプラン策定(看護介入)にいたる過程での客観的・科学的な手法を提示するものであり、今回のプログラムが取り上げた過程はその主たる過程であり、コンピュータで自動処理される過程である。これ以降の看護介入に至る過程は、ケアプラン策定に関わる人達の意見・判断・創意工夫が入る過程であり自動化に馴染みにくい。言いかえれば、今回取り上げた過程はコンピュータ化に適した部分といえる。

V. 結論

「在宅療養者版看護診断」コンピュータシステムのう

ち、アセスメント項目の入力から看護診断ラベルの選定までを自動化するコンピュータプログラムを開発した。本プログラムを組み込んだタブレット型コンピュータを使用することにより、在宅療養者の看護診断を効率的に行うことができる。

文献

- 1) 厚生労働省：在宅医療・介護の推進について、http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryou_all.pdf
- 2) Herdman TH, Kamitsuru S (編), 上鶴重美 (訳) : NANDA-I看護診断 定義と分類(2015-2017) 1-508, 2015, 医学書院, 東京
- 3) 上鶴重美, T. ヘザー・ハードマン: 知っておきたい変更点 NANDA-I看護診断-定義と分類 2015-2017, 第1版, 1-89, 2015, 医学書院, 東京
- 4) 森敏, 植村小夜子, 伊丹君和, 畑中裕司: 在宅療養者への看護診断適用 診断ラベル選定とアセスメントリスト作成, 人間看護学研究, 14:31-40, 2016
- 5) 野沢 直樹, 胡 正則: FileMaker Pro 15 スーパーリファレンス for Windows & Mac OS, 2016, 51-182, ソーテック社, 東京
- 6) 古橋洋子 (監) : 初歩からまるごとわかるNANDA-I・NOC・NIC+リンケージ活用ブック, 1-171, 2009, 秀潤社, 東京
- 7) 古橋洋子 (監) : 電子カルテ導入のための New看護診断・成果・介入活用マニュアル, 1-343, 学習研究社, 東京

(Summary)

Using card-type database application of Macintosh computers, we designed assisting program for home treatment patients. The use of the program has made speedy data-input of NANDA nursing diagnosis and automatic determination of the nursing diagnosis. Because of working on the tablet computer, this program can be utilized in any visiting nurse stations and provides more efficient management of the care-plan.

Key Words home care patients, nursing diagnosis, tablet computer, computer program, data base

研究ノート

地域住民の防災に関する意識とニーズ



馬場 文¹⁾, 伊丹 君和¹⁾, 小島 亜未¹⁾, 川口 恭子¹⁾, 生田 宴里¹⁾, 伊丹 清²⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部

²⁾滋賀県立大学環境科学部

要旨 住民の防災意識および災害時のニーズを把握する目的で、A市B町自治会所属の住民に対して質問紙調査を実施した。全224世帯中、121世帯(54.0%)から回答を得ることができ、有効回答数は118(52.7%)であった。調査の結果、「自助」の観点からみると、防災用品などの準備に関する意識は高いが、家庭内や近隣とのリスクコミュニケーションに関する意識が低い傾向にあった。住民相互のリスクコミュニケーション活動が促進されるように働きかけていく必要がある。次に、「共助」の観点からみると、調査対象地区の自主防災組織は活動を休止しているが、住民の約半数がその存在を認知していなかった。また、近隣の避難行動要支援者の避難支援方法について話し合ったことが無いという回答が約7割を占めた。しかし避難行動要支援者など、助けが必要な住民に対する共助の意識は根付いていると考えられたため、住民が主体的に取組める共助の活動を実践できるような働きかけが必要であると考えられる。さらに、「公助」の観点からみると、災害対策や防災に関して住民が県や市町村に望むことは、「情報提供」であることがわかった。災害に関する情報提供の仕組みや、情報の解釈の仕方などについて、住民が学習し、情報を得て自律的に行動できる力量を獲得していく必要がある。

キーワード 地域住民、防災意識、自助、共助、公助

I. 緒言

1. 研究の背景

日本は、元来災害を受けやすい国土である。なぜなら日本は、火山活動が活発な環太平洋変動帯に位置し、世界の0.25%という国土面積にもかかわらず、地震の発生回数が多く活火山の分布の割合がきわめて高いためである。

¹⁾。また、地理的、地形的、気象的な様々な条件から、津波、台風、豪雨、豪雪等の自然災害が発生しやすいという、国土の特徴がある¹⁾。特に近年は、地球規模の気候変動の影響ともいわれる局地的な集中豪雨などが、いっどこで発生しても不思議ではない状況にある。このような日本の国土で人々が生活する以上、常に災害と隣り合わせであることを意識しながら、平時における備えを強化し、防災・減災に努める必要がある。

災害対策を考える場合の枠組みとして、以下の3つの分類が用いられることが多い。それは、①国及び地方公共団体によるソフト及びハードの対策を組み合わせた防災・減災対策(公助)、②住民自身による自助、③地域コミュニティ等における共助、である²⁾。特に、2011年の東日本大震災では、地震や津波によって、多くの市町村の庁舎が損壊し、首長・職員も被災するなど、本来被災者を支援すべき行政機能が麻痺してしまう事態が多数発生した²⁾。この時に大規模広域災害時における「公助の限界」が明らかになった一方で、「自助・共助」による「ソフトパワー」の重要性が強く認識された²⁾。このような経験から、平成25年の「災害対策基本法」の改正

Attitudes and needs of community residents against disaster prevention

Aya Baba¹⁾, Kimiwa Itami¹⁾, Ami Kojima¹⁾, Kyoko Kawaguchi¹⁾, Eri Ikuta, Kiyoshi Itami²⁾

¹⁾School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾School of Environmental Science, The University of Shiga Prefecture

2016年9月30日受付、2017年1月9日受理

連絡先：馬場 文

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : baba. a@nurse. usp. ac. jp

において、地区居住者等による地域コミュニティレベルでの防災活動に関する計画である「地区防災計画制度」が創設された²⁾。

この「地区防災計画」は、『地区居住者等により、自発的に行われる防災活動に関する計画』³⁾と位置付けられており、計画立案やその実践については、一定の地区とそこに居住する人々の主体的な取り組みが必要になる。しかし現実には、高齢化の進展や住民同士の付き合いの希薄さなどにより、地域住民のネットワークが脆弱化していることから、自然発生的な自発的防災活動を期待することは難しい。

先行研究においても、荻原と畑山⁴⁾ (2003) は、コミュニティの活性化または不活性化が災害時の情報伝達に影響を及ぼすと指摘している。また倉田⁵⁾ (1995) は、平時から地域の繋がりのあるところでは防災意識が高いという調査結果を示している。さらに最近の研究で、臼井と浅野⁶⁾ (2014) は、『高齢者は防災訓練以外の地域活動に参加してなくても、防災訓練には参加する傾向が高い』『前期高齢者は地域のリーダーとしての自覚が、後期高齢者は救助される側となる可能性が、日頃から防災への意識を高めていると考えられる』と述べている。一方で『生産年齢の世代は、日頃から地域活動に参加している人が防災訓練にも参加している比率が大きい』という結果も示している。

以上の先行研究から、日常的な地域住民の繋がりや地域活動の有無が、災害時における「共助」の機能に影響するということが明らかにされている。

このような背景のもと、筆者らは、看護学生ボランティアによる地域活動としてA市B町の住民と日頃接するうちに、高齢者独居世帯の増加、自主防災組織の形骸化、災害に対する危機感の低さなどから、この地域の「共助」の脆弱化を実感するようになった。そこで、主にB町自治会やA市社会福祉協議会等と協力して、「地域住民の防災意識向上および防災力強化に向けた地域ネットワーク構築に関する基礎研究」に取り組むことにした。本研究は、この基礎研究の一環として実施したものである。

2. 研究の目的と意義

本研究の目的は、A市B町自治会に所属する住民の防災意識と災害時のニーズを把握することである。本研究により、対象地域の自治会レベルでの防災対策の課題を明確化し、地域の防災力強化に向けた具体策提言のための基礎資料とする。

3. 研究対象者の生活する地域の概要

A市は人口112,660人・45,838世帯の地方都市であり、その中のB町は人口1,060人・430世帯の地域である（いずれも平成27年10月1日現在⁷⁾）。A市、およびB町が属

するC小学校区の年齢3区分別人口構成は、表1のとおりである。C小学校区は高齢化率17.6%（A市は23.2%）と市内の小学校区の中では3番目に高齢化率の低い地域である。

また、B町は、A市内を流れる代表的な河川の右岸に位置しており、もとは稲作を中心とした田畑の広がっていた平坦な地形である。JRの駅、医療機関、教育施設、文化施設、スーパーマーケット等の商業施設が徒歩10分ほどの圏内に立地している。便利な地域であるためか、この20年ほどの間に田畑が急速に宅地化され、旧来の村落地域と新興住宅地とに分かれている。平成25年の台風18号で県全域が記録的な大雨となり全国初の「特別警報」が発令された時には、B町内を流れる小規模な河川の増水により道路の冠水や畑の浸水が発生し、一部の住民が避難したという経緯がある。

なお、B町自治会は、その下位組織として11の班で構成されている。1つの班に属する世帯数は概ね10~30世帯である。本研究ではこの「班」を「近隣」と同義として用いる。

表1 A市およびC小学校区の年齢区分別人口の割合

| | 人口に占める割合 (%) | | | |
|-------|--------------|-----------------|--------------------|-----------------|
| | 人口 (人) | 年少人口 (0~14歳) | 生産年齢人口 (15~64歳) | 老年人口 (65歳以上) |
| A市 | 112,660 | 14.5 | 62.4 | 23.2 |
| C小学校区 | 11,289 | 18.0 | 64.4 | 17.6 |

平成27年10月1日現在 A市ホームページより⁷⁾

II. 研究方法

1. 対象者

A市B町自治会に所属する、全224世帯を調査対象とした。（1世帯につき任意の1名を調査対象とした。）

2. 方法

1) 調査方法

調査は、平成26年12月7日、14日、21日に調査者2人1組で家庭訪問し、面接にて質問紙調査を実施した。質問紙は無記名とし、全項目を面接によって調査した。2人の調査者が、質問と聞き書きによる記録を分担した。記録した内容は、対象者に確認を行った。質問紙調査を面接によって実施した理由は、調査者との対話により、特に自由回答の設問に対して語られる住民の意識やニーズが、より具体的で豊富な内容で表現されたと考えたためである。

調査対象世帯への依頼と周知方法は次のように行っ

た。調査の趣旨と家庭訪問を行うことについて、まず自治会三役（会長、副会長、庶務）に説明を行い了解を得た。次に調査実施の前月に、自治会から全戸配布される市の広報に依頼文を添付し、併せて自治会の回覧板で依頼と周知を行った。

家庭訪問に赴く際の調査対象世帯の特定は、市販の住宅地図の情報と自治会長からの情報提供を基に行った。

2) 調査内容

調査内容は次の通りである。①属性：性別、年齢、家族形態、同居人数、②避難行動要支援者の有無と要支援の理由、③避難時に困ることや不安なこと、④自主防災組織の存在を知っているか、⑤災害時支援希望の有無、⑥災害時ニーズ：災害時に望む支援・町として災害時にすべきこと・災害時に備えて準備すべきこと・県や市町村に望む防災や災害に関する情報提供。なお、本研究において「災害」とは、河川氾濫による水害、および地震災害を主に想定している。

3) 分析方法

質問紙の回答を単純集計し、回答内容の構成割合を算出した。

自由回答については、聴き書きによる記録をもとに質的に分析を行った。すなわち、記述内容をひとつの記録単位とし、その単位に関する意味的特性を推論した後、文脈上同義的とみなすことができるものを集め、それらを吟味し、共通する説明概念をカテゴリ【 】として抽出した。なお、分析は複数の研究者で実施し、意味の妥当性を熟考しながら記録単位を分類し、カテゴリ名を命名した。

4) 倫理的配慮

調査対象者には、調査の趣旨と内容を、口頭および依頼書により十分に説明した。その上で、同意が得られた者に対して調査を実施した。なお、調査への参加は自由意思によるものとし、拒否や中断の自由を保証した。また、拒否することで不利益を被らないものとした。本調査で得られた情報やデータは本研究以外の目的で使用しないこと、個人情報の保護に努めることを保証した。なお、本研究は滋賀県立大学研究に関する倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号第419号）。

Ⅲ. 研究結果

質問紙調査は、調査対象1世帯につき任意の1名に回答を得た。回答は、全224世帯中121世帯（54.0%）から得ることができた。有効回答数は118（52.7%）であった。

1. 回答者の属性：性別、年齢、家族形態

回答者の性別内訳は、男性46名（39.0%）、女性68名（57.6%）、不明4名（3.4%）であった。年齢内訳（表2）では、41～64歳が54名（45.8%）と多く、家族形態（表3）では「夫婦と子」が57名（48.3%）と最も多かった。

表2 調査回答者の年齢内訳（n=118）

| 年齢区分 | 人数 | 割合 |
|--------|-----|--------|
| 10～20歳 | 2 | 1.7% |
| 21～40歳 | 26 | 22.0% |
| 41～64歳 | 54 | 45.8% |
| 65～74歳 | 18 | 15.3% |
| 75歳以上 | 18 | 15.3% |
| 無回答 | 0 | 0.0% |
| 合計 | 118 | 100.0% |

表3 調査回答者の世帯の家族形態（n=118）

| 家族形態 | 人数 | 割合 |
|--------|-----|--------|
| 単身 | 9 | 7.6% |
| 夫婦のみ | 27 | 22.9% |
| 夫婦と子 | 57 | 48.3% |
| 子とのみ同居 | 5 | 4.2% |
| 親とのみ同居 | 2 | 1.7% |
| 親と夫婦と子 | 11 | 9.3% |
| その他 | 6 | 5.1% |
| 無回答 | 1 | 0.8% |
| 合計 | 118 | 100.0% |

2 「自助」の観点による設問の回答結果

- 1) 災害時の避難場所を知っているか問うたところ、「知っている」105名（89.0%）、「知らない」13名（11.0%）であった。避難場所を知らないと回答した理由は、「関心がなかった」3名（23.1%）、「関心はあったが情報が入ってこなかった」4名（30.8%）、「覚えていなかった」5名（38.5%）であった。
- 2) 避難場所を知っていると回答した人に対して、避難時に困ることや心配なことは何か、自由回答として聴き取り、分析した結果、以下の10のカテゴリが抽出された。【避難所まで移動距離が長い】（具体例：歩いて行くには距離がある、遠くてひとりでは行けない等）、【夜間・悪天候】（具体例：夜だと避難することが危険、雨風の中では歩いて行けない等）、【避難手段や避難ルート】（具体例：車で行くことと混雑するのではないかと、歩行できる環境なのか

等)、【避難場所の安全性】(具体例:文化施設は湖の方向なので水位が上がったら危険等)、【家族がバラバラになること】(具体例:仕事をしているのでみんなと一緒に集合できるかわからない等)、【避難の必要性とタイミングがわからない】(具体例:指示に従うべきか判断に迷うことがあった等)、【自宅の被災】、【ペットのこと】、【高齢者・病人・子どもの避難の難しさ】(具体例:子どもが小さいので避難移動が大変、おばあちゃんが避難しないと知っている、子どもに障がいがある、家族が高齢で徒歩がづらい等)【災害時の備えのこと】(具体例:持ち出し品を用意することが心配、夜だと備えがない等)

3) 世帯内における避難行動要支援者の有無については、「有」の回答が31名(26.3%)、「無」の回答が81名(68.6%)、「回答なし」が6名(5.1%)であった。要支援の理由は、「高齢のため」13名(41.9%)、「在宅治療中」1名(3.2%)、「その他」17名(54.8%)であった。また世帯内の要支援者の避難支援方法について話し合いをしたことがあるか問うたところ、「ある」が10名(32.3%)、「ない」が19名(61.3%)、「わからない」が2名(6.5%)であった。

4) 世帯内に避難行動要支援者が「有」と回答した人のうち、避難支援方法について話し合ったことがない人に対して、災害時にどのような支援があると望ましいか、自由回答として聴き取り、分析した結果、【家族からの手助け】【隣人からの手助け】【医療的サポート】【避難や救助に使える道具】【食糧調達】【連絡体制】の6つのカテゴリが抽出された。

5) 自らや家族の身を守るために災害時どのようにすべきか、自由回答として聴き取り、分析した結果、【家で待機する】【避難する】【市町村や家族からの指示を待つ】【自身や家族の身の安全を確保する】の4つのカテゴリが抽出された(表4)。また、自らや家族の身を守るために災害に備えてどのような準備をすべきか、自由回答として聴き取り、分析した結果、【防災対策用品】【日常生活用品の備え】【自宅や地域でのコミュニケーション・災害に向けての話し合い】【自宅での防災対策】の4つのカテゴリが抽出された(表5)。

3. 「共助」の観点による設問の回答結果

1) 「自主防災組織」の認知は、「言葉・内

容ともに知っていた」が25名(21.2%)、「言葉は知っていた」が32名(27.1%)、「言葉・内容ともに知らない」が61名(51.7%)であった(図1)。

表4 自らや家族の身を守るために、災害時どのようにすべきか

| カテゴリ | 具体例 |
|-------------------|---|
| 【家で待機する】 | 家の前に集合 二階で待機 家で待機 |
| 【避難する】 | 逃げる C小学校 駅前のホテルに 話し合い通りにする |
| 【市町村や家族からの指示を待つ】 | 弟の指示 息子を待つ 町の指示に従う |
| 【自身や家族の身の安全を確保する】 | 自分の安全を確保 家族と一緒に行動する どこにいるのか伝える どこに行くのか伝える 息子に連絡 連絡先をしっかりと 身内の安否確認 ペットの安全確保 |

表5 自らや家族の身を守るために、災害に備えてどのような準備をすべきか

| カテゴリ | 具体例 | |
|--------------------------------|--|--|
| 【防災対策用品】 | 非常食(13) 水(19) 医薬品(4) 水をくみあげるポンプ 消火器 プロパン 感知器 懐中電灯(7) ラジオ(3) 毛布 カセットコンロ、カセットボンベ 暖房器具 | 衣類(4) 寝袋 電池(3) 電気 空のポリタンク 防災袋(20) マスク 通信機器・携帯電話 ヘルメット 発電機 手動発電灯 貴重品 |
| 【日常生活用品の備え】 | トイレットペーパー くつ | 下着 眼鏡 |
| 【自宅や地域でのコミュニケーション・災害に向けての話し合い】 | 地域でのコミュニケーション 避難所の把握とその行き方 | 集合場所の決定 連絡のとり方 |
| 【自宅での防災対策】 | 水害対策 書き置きで家族と情報共有 連絡先の掲示 | 家具の転倒防止 家の整理 |

- 2) 自治会の下位組織であり近隣の世帯で構成される「班」の中での避難行動要支援者の有無については図2のとおりの結果であった。「有」の回答は41名(34.7%)であり、一方で「わからない」という回答も26名(22.0%)あった。「無」は36名(30.5%)「おそらく無」は15名(12.7%)であった。要支援「有」(41名)の理由は、「高齢のため」32名(78.0%)、「在宅治療中のため」4名(9.8%)、「その他」9名(22.0%)であった。また「有」の場合、班の人と避難支援の方法について話し合ったことはあるか質問したところ、「ない」の回答が29名(70.7%)「ある」が10名(24.4%)、無回答が2名(4.9%)あった(図3)。
- 3) 近隣(班内)に避難行動要支援者が「有」と回答した者のうち、避難支援方法について話し合ったことがない者に対して、災害時にどのような支援があると望ましいか、自由回答として聴き取り、分析した結果、避難時の助け合い、声の掛け合い、役割分担等の【連携のとれた救援】、【生活物品の備蓄】、【避難状況の把握】、【公的な支援】の4カテゴリが抽出された(表6)。
- 4) 災害時に班で支援を必要とする人がいた場合に、町内(自治会)で支援をするとよいか、の設問に対する回答は、「そう思う」109名(92.4%)、「どちらかといえばそう思う」5名(4.2%)、「あまり思わない」0名、「思わない」1名(0.8%)、「わからない」1名(0.8%)、無回答2名(1.7%)という内訳であった。
- 5) B町自治会として災害時にすべきことは何か、自由回答として聴き取り、分析した結果、【安否の確認】(具体例：一人暮らしの人に声をかける、助け合う、班の人たちで連絡等)、【避難場所の確保】

(具体例：自治会館をあける等)、【非常食の提供】(具体例：炊き出し、水の提供等)の3つのカテゴリが抽出された。また、B町自治会として災害に備えて準備すべきことは何か、自由回答として聴き取り分析した結果、【防災対策用品】、【移动手段】、【自宅・地域でのコミュニケーション】、【日ごろから防災意識持ち行動すること】の4つのカテゴリが抽出された(表7)。

4. 「公助」の観点による設問の回答結果

- 1) 県や市町村から提供されている防災に関する情報で知っているものを質問したところ、表8に示すとおり「耐震対策に関すること」(81名、28.3%)、「ハザードマップ」(81名、28.3%)、「防災マニュアル」(55名、19.2%)が多く挙げられていた。
- 2) 平成25年9月「特別警報」を知った手段を質問したところ、表9に示すとおり、「テレビ」(38名、29.2%)、「町(自治会)の連絡」(38名、29.2%)、携帯電話・スマートフォン(32名、24.6%)が多く挙げられていた。
- 3) 防災や災害に関する情報提供で、県や市町村に望むことを自由回答として聴き取り、分析した結果、表10に示す通り、【防災や災害への備えに関する情報】、【災害時のマニュアル】、【ライフラインが遮断された場合の災害状況・避難情報】、【常に災害に関する最新の情報提供】、【的確な避難時期・場所・避難経路に関する情報提供】、【避難先の状況に関する情報(備蓄・生活物資・火等)】の6つのカテゴリが抽出された。

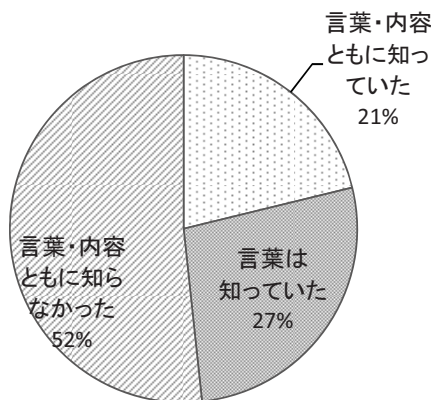


図1 自主防災組織の認知 (n=118)

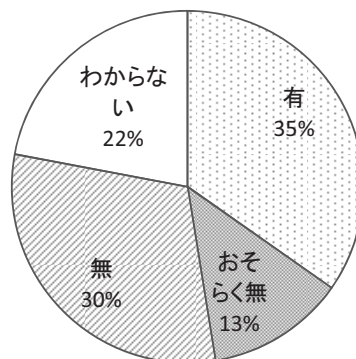


図2 近隣(班内)の避難行動要支援者の有無 (n=118)

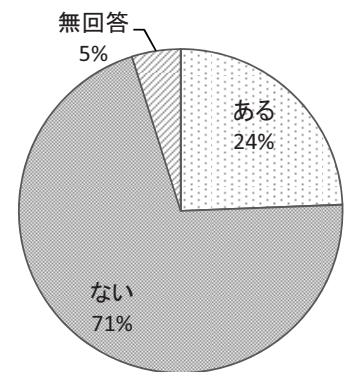


図3 近隣(班内)に避難行動要支援者が「有」の場合、避難支援方法について話し合ったことがあるか (n=41)

表6 近隣（班内）に避難行動要支援者がいた場合どのような支援があればよいか

| カテゴリ | 具体例 |
|------------|--|
| 【連携の取れた救援】 | 若い人が助け合う 避難所への案内 みなで協力する 状況によるが消火の手伝い 声をかけて近くの人が助けに行く 親子で住んでいる若い人に何かあったらお願いする 自分ひとりで逃げるのは良くないので周りの人に声をかけてから逃げる (誰か誰を助けるか)役割分担を決めるとよい 一緒に逃げる、一緒に避難 近所で協力し合う、話し合い 近所でかたまって避難する 班長がいないときの対策 役割分担 声かけをする 荷物を持ちたり他の兄弟の子と一緒に逃げる 自分で何とかできる人が確認 連絡・連携することで子供を把握し子供の確認をしてほしい どこの子が誰の子か分かると良い |
| 【生活物品の備蓄】 | 二軒分の準備 三日分耐えられる備え |
| 【避難状況の把握】 | 連絡手段があればよい |
| 【公的な支援】 | 救急車 |

表8 県や市町村から提供されている防災に関する情報で知っているもの（複数回答）

| 項目 | 人数 | 割合 |
|--------------|----|-------|
| 耐震対策に関すること | 81 | 28.3% |
| ハザードマップ | 81 | 28.3% |
| 防災マニュアル | 55 | 19.2% |
| 備蓄に関すること | 19 | 6.6% |
| 自主防災組織に関すること | 17 | 5.9% |
| 防火対策に関すること | 12 | 4.2% |
| 防災活動に関すること | 5 | 1.7% |
| その他 | 16 | 5.6% |

表9 平成25年9月の「特別警報」を知った手段（複数回答）

| 項目 | 人数 | 割合 |
|---------------|----|-------|
| テレビ | 38 | 29.2% |
| 町（自治会）の連絡 | 38 | 29.2% |
| インターネット（携帯） | 32 | 24.6% |
| ラジオ | 3 | 2.3% |
| ワンセグテレビ | 2 | 1.5% |
| インターネット（パソコン） | 1 | 0.8% |
| その他 | 16 | 12.3% |

表7 B町自治会として災害に備えて準備すべきことは何か（自由回答）

| カテゴリ | 具体例 |
|---------------------|---|
| 【防災対策用品】 | 非常食 物品 炊き出し用の釜、鍋、ガス カイロ 衣類 トイレ 暖房器具 消火栓のホース 自治会館の整備 備蓄 |
| 【移動手段】 | 車イス |
| 【自宅・地域でのコミュニケーション】 | 衣類を外に 災害時の対応 避難所の指定 近所の人へ声かけ 顔を知る こども・高齢者の連絡先を聞いておくこと 新興住宅の人達の把握 避難場所の周知 連携 若い人が助ける 役割分担をする 連絡方法について 誰か誰を助けるか決めておく 周囲の人間の無事を確認できるようにしておく 連絡網 世帯状況の把握 家族構成を調べておく 地域での協力や連携、協力する 班別で連絡が取れるようにしておく こどもを優先に助ける 集団でやろうとする意識 集合して避難すること 手助けが必要な人について知っておく |
| 【日ごろから防災意識持ち行動すること】 | 勉強会 普段からの訓練 スムーズに水が流れるように川の中をきれいにすること 土手を作る 訓練（担架や怪我の手当てなど） 定期的に避難所までの訓練 避難場所を周知しておく 回覧板で災害についての情報を110や119がはっきり分かる人を増やす |

表10 防災や災害に関する情報提供で、県や市町村に望むこと（自由回答）

| カテゴリ | 具体例 |
|----------------------------|--|
| 【防災や災害への備えに関する情報】 | 災害のためにどういう用意をしたらよいのか具体的に 川の堤防を作るなど水害の対策 耐震対策に関すること 避難訓練（避難経路・誘導） 災害のちらし、紙がほしい 地震の速報 災害に対して分からないものが多いので啓発運動をする （〇〇週間など） |
| 【災害時のマニュアル】 | 手助けするのに限界が来たときにどこに連絡すればよいのか |
| 【ライフラインが遮断された場合の災害状況・避難情報】 | テレビ以外からの情報 緊急の災害情報を携帯やテレビで知りたい 発信方法を知りたい 災害時に携帯に情報が発信される 市役所関係の放送はあったはずだが、有線放送、ケーブルテレビでの情報がほしい。 町、班ごとの連絡網 停電時でも情報をえられるように 拡声器 回覧板 メディア 携帯の緊急連絡 インターネット 放送があるといい 一人暮らしの老人の家に情報をしっかり伝えてほしい 人々がパニックにならないようにライフラインが切れている際の情報提供の仕方 携帯が鳴るようにしてほしい 携帯に配信 メールでの情報提供 消防署のよびかけ、周囲のよびかけ 今のままでは情報が足りないので、テレビで情報がほしい。 町内の連絡 |
| 【常に災害に関する最新の情報提供】 | タイミング良く情報がほしい 素早い連絡 少しでも早く情報提供をしてほしい（携帯に） 早い情報 川の水位の連絡を早く 早く情報がほしい（期間が知りたい） すぐに情報が欲しい（どこで何がどのように、細かく） なるべく早く言ってほしい 早く情報がほしい すぐに連絡できるように 河川決壊の情報 水害に関する情報 川の氾濫状況についての情報 携帯など情報を早く どこで何が起きているかなど、今の状況 メール・ネットですぐ送って はやめの指示をお願いしたい 町の判断を早く教えてほしい 早期の連絡 |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <p>早めの連絡 避難しろだけではなくもっと詳しく説明してほしい 地域別でくわしいもの（町や学区でわかれているもの） 水害の時、あとどれくらいで氾濫するかという連絡など 細かく情報を伝えてほしい 地域単位での情報がほしい（携帯に） 住んでいる地域の情報だけでいい どこの水位が上がっているかなど家の近くの詳細な情報 避難場所を示すメールや川の状況 川の氾濫がどこが一番危ないのか 近所のことから知りたい 犬上川の増水に関する 近くの河川の状況 身近で起こっていること、危ない場所を教えてください どこが危険か 地震の規模（できれば予測）や一時間ごとの天気も情報が欲しい 地域の地震などの詳細な情報 彦根市野瀬朝からもっと具体的に 犬上川の水位の情報 どこで何が起きやすいか知りたい 避難に対する指示を細かく欲しい 現在の状況 A市内の細かな情報 災害状況</p> |
| <p>【的確な避難時期・場所・避難経路に関する情報提供】</p> | <p>どこに避難したら安全か 本当に避難した方がいいのか 避難経路 どの道を使えばよいか どこに行けばいいのか正しい情報を 正確な情報 正しい情報（情報がおおげさだと感じている） むしろ台風の情報が要らない（不安感が増すだけだから）</p> |
| <p>【避難先の状況に関する情報(備蓄・生活物資・火等)】</p> | <p>一時的な避難でも受け入れられるのか どれだけの毛布や食事など提供されるのか 避難場所に備蓄されているもの 避難勧告 どれだけの人に対してどれくらいの人が避難しているか というような避難状況が知りたい 避難の情報 避難場所の連絡</p> |

IV. 考 察

1. 「自助」の観点からみた住民の防災意識と災害時のニーズ

防災・減災を目指すためには、まず一人一人の住民が、個人や家族の身を災害から守る行動をとることが基本となる。そのためには、個人や家族で発災時の行動をシミュレーションし、平常時から準備をしておくことが必要となる。こうした行為が意識されて回答に表れているのが、「自助」としての発災時の対応や、発災に対する準備に

関する回答（表4・表5）である。いずれも【防災対策用品】、【日常生活用品の備え】というカテゴリとその具体例にみられるような、被災時を想定した物品の準備については、現実的で具体的な回答が得られている。もし被災したらどのような物が必要になるか、住民が日頃から具体的にイメージしていることの表れではないかと考えられる。昨今の大規模な震災の連続、また各地でゲリラ的に発生する集中豪雨と洪水・土砂災害などを受けて、公的機関・メディア・商業ベース等から、あらゆる機会をとらえて防災用品の揃え方などが発信されている。

このように、被災時を想定した物品の準備について想起しやすい環境が形成されてきていることも影響しているのかもしれない。

これに比べて、あまり多くの具体例が回答されず、回答内容も抽象的であったのが【自宅や地域でのコミュニケーション・災害に向けての話し合い】、【自身や家族の身の安全を確保する】、【家で待機する】、【避難する】、【市町村や家族からの指示を待つ】といった、リスクコミュニケーションとその結果による行動を表すカテゴリである。これはおそらく、答えた人によって想定する災害やその規模、その人の状況（高齢者か壮年期の人か、等）が異なるためであろう。また、平時から自発的にリスクコミュニケーションを実行することが現実的には難しいために、抽象的な回答になっているものと思われる。

一方で、世帯内の要支援者の避難支援方法について話し合ったことがないという回答が61.3%を占めており、避難時に困ることや心配なことは何かという設問では【家族がバラバラになること】【高齢者・病人・子どもの避難の難しさ】【避難の必要性和タイミングがわからない】など現実的・具体的な心配事が挙がっている。このような心配事を少しでも解消するために、どのような時に、誰と、どのようなリスクコミュニケーションを行うと良いのか、日常生活で実行に移しやすい内容の啓発を行う必要があると考えられた。

また、わずかな回答であるが【市町村や家族からの指示を待つ】という態度の人がいるということも抽出された。災害時にできるだけパニックにならずに、市町村や家族の指示を待つことは大事なことである。しかし、指示だけを待つのではなく、住民個人が自律的に情報を集め判断し行動できるかどうかは、時に生死を分けることにもつながりかねないということを、これまでの災害の教訓から忘れてはならない。

以上から、自助を強化するためには、住民自身がそれぞれの生活背景に合った具体的な自助の行動（情報収集と判断の方法も含む）を災害の種類別にイメージでき、平時からの準備につながるようなリスクコミュニケーションが家族内で促進されることが必要である。また、そのような教育的働きかけも必要であろう。

さらに、自助という観点でみると「弱者」になりやすいのが避難行動要支援者である。避難など災害時対応時には、在宅療養者や障がい者等のみならず、一般の高齢者や子どもも避難行動要支援者となる。これら避難行動要支援者の避難を考える時、【避難場所まで移動距離が遠い】【夜間・悪天候】【避難手段・ルート】【避難の必要性和タイミングが分からない】など、地域の指定の避難所に向うだけでも不安要素が多くあることがわかる。避難行動要支援者へのサポートについては、自助だけで

は不十分であり、共助によるところが大きい。そこで、次の「共助」の項目で考察を述べていきたい。

2. 「共助」の観点からみた住民の防災意識と災害時のニーズ

平成7年の阪神・淡路大震災、そして平成23年の東日本大震災など大規模で広域にわたる災害においては『公助の限界』が明らかになってきている²⁾。実際に阪神淡路大震災では、地震によって倒壊した建物から救出され生き延びることができた人の約8割が、近隣住民等によって救出されたという報告もある²⁾。そのような経験をおして国民の意識も変化しており、平成25年11月～12月に内閣府が実施した「防災に関する世論調査」では、「公助に重点をおくべき」という回答が大幅に減少し、「公助、共助、自助のバランスが取れた対応をすべき」という回答が大幅に増加した²⁾。

地域コミュニティにおける自助・共助による地域防災力を強化するために、その中核を担う消防団及び自主防災組織がある²⁾。これらの組織の全国的な状況を見ると、消防団では団員数の減少と平均年齢の上昇が進んでいる²⁾。一方、住民による自発的な防災組織である自主防災組織については、その組織数および活動カバー率（全世帯のうち、自主防災組織の活動範囲に含まれている地域の世帯数）が増加傾向にある。

今回調査対象としたA市B町自治会では、数年前に自主防災組織を立ち上げ、市に活動助成申請を行った経過がある。しかし、自治会役員の交代などから、現在、活動を休止している状態にある。今回の質問紙調査で自主防災組織の認知を確認したところ、「言葉・内容ともに知らなかった」という回答が52%を占めた。農地の急速な宅地化により転入が増加し、自治会組織も大規模になったことにより、活動が停滞してしまったと考えられる。しかし、旧来の地域では高齢化が進展し、新興住宅地では乳幼児が多いという特徴から、調査対象のB町においても確実に避難行動要支援者は存在する。したがって、B町自治会でも自主防災組織の復活とともに、共助の意識の醸成が必要である。

今回の調査では、近隣に避難行動要支援者がいると認識している人は約35%（図2）であった。しかし、その近隣の避難行動要支援者の人の避難支援方法について話し合ったことがあるかという質問に対しては、「話し合ったことがない」が71%と多くを占めていた。支援が必要な近隣の人を認知しながらも、具体的行動の準備ができていないということが明らかになった。

自由回答の設問では、共助に関して、「（誰が誰を助けるか）役割分担を決めるとよい」「近所で協力し合う、話し合い」「役割分担」などの【連携のとれた支援体制】、「一人暮らしの人に声をかける」「助ける人をリス

トアップする」「高齢者の把握」など【安否の確認】、さらに【地域での災害対策についての話し合い】【自宅・地域でのコミュニケーション】【日ごろから防災意識持ち行動すること】などの必要性が住民自身から挙げられている。組織的な共助の体制は未整備であるものの、その体制づくりの素地となる住民の共助の意識は根付いていることがうかがわれた。

天川ら⁸⁾ (2012) の報告によると、熊本県天草市有明地区では、次のような住民主体の防災の取り組みが行われている。①地域提案型の防災マップを、まち歩きなどを通じて住民自らの手で、住民の目線で作成する。②①のような活動を通して、高齢者や子どもたちが万が一の発災時にも迅速に行動できるように、声かけや避難時の補助の役割分担を決め、共助のサポートシステムの確立を目指す。このような取り組みは、地域住民一人ひとりが自らの周囲の災害リスクを知り、防災訓練の参加や防災のための準備を講じることを行動に移せるように促すものである。そして、災害に強い地域づくりと万が一の時に「避けられたはずの犠牲者」をなくすることができる。同地区では、「地域の住民でできること」「行政にできること」に対してそれぞれ責任を持ち、協働の観点から住民の生活や公共空間、環境の質を高めるように相互理解を深める努力をしているという⁸⁾。

今回調査を行ったA市B町においても、住民の共助意識の芽は確実に存在することから、住民ができることは何かを探りながら、実践に移していく働きかけが必要である。

3. 「公助」の観点からみた住民の防災意識と災害時のニーズ

今回の調査において『公助』の観点から質問したところ、県や市町村に望むこととして圧倒的に多かった意見が、やはり「情報提供」であった。特に、今回の調査の約1年前に調査対象地域のB町を含む県下全域に、全国初の「特別警報」が発令され、B町住民も一部避難した経緯がある。その時に、情報の錯そうや、情報が伝えられてもその解釈がわからない、など混乱した状況があったという。このような経験があったからこそ、県や市町村などの行政に対しては、正確、迅速、そしてわかりやすい情報提供を求める意見が多かったと考えられる。達川ら⁹⁾ (2012) は、地域住民に対して、その地域の災害脆弱性に関する研修会を定期的実施したところ、もともとの災害への関心の有無に関わらず、地域の脆弱性の理解と発災時の自律的な意思決定の促進が図られる効果があったと報告している。この例に倣い、B町でも、住民が行政に対してただ情報提供を求めるだけでなく、情報提供の仕組みや、得られた情報の解釈の仕方などについて学び、住民自身が自律的に行動できる力を獲得

していく必要がある。このような学習の機会や自律的行動を獲得する手段は、行政や社会福祉協議会などのサポートによって提供されるべきであろう。

V. 結論

1. A市B町自治会所属の住民に対して、住民の防災意識および災害時のニーズを把握する目的で、質問紙調査を実施した。全224世帯中、121世帯(54.0%)から回答を得ることができ、有効回答数は118(52.7%)であった。
2. 「自助」の観点からみると、防災用品などの準備に関しての意識は高いが、自宅や近隣とのリスクコミュニケーションに関する意識が低い傾向にあった。住民自身が生活背景に合った具体的な自助の行動を災害種類別にイメージすることができ、平時からの準備につながるようなリスクコミュニケーションが促進されるように働きかけていく必要がある。
3. 「共助」の観点からみると、B町では共助の活動の核となるべき自主防災組織が活動停止しており、住民も約半数がその存在を認知していないという課題があった。また、近隣の避難行動要支援者の人の避難支援方法について話し合ったことが無いという回答が約7割を占めた。しかし避難行動要支援者など、助けを必要とする住民に対して自治会として支援に取り組んでいく必要があることは住民の意見として挙げられており、共助の意識は根付いていると考えられた。このことから住民が主体的に取組める共助の活動を具現化し、実践に移すような働きかけが必要であろう。
4. 「公助」の観点からみると、住民が災害対策や防災に関して県や市町村に望むことは、「情報提供」であることがわかった。災害に関する情報提供の仕組みや、情報の解釈の仕方などについて、住民が学習し、情報を得て自律的に行動できる力を獲得していく必要がある。

なお、本研究は平成26年度滋賀県立大学公募型地域課題研究費の助成を受けて実施したものであり、結果の一部を第35回日本看護科学学会学術集会(平成27年12月、広島市)で発表した。

最後に、本研究にご協力賜りましたB町自治会役員および住民の皆様に、深謝いたします。

文献

- 1) 内閣府：パンフレット「日本の災害対策」, 2015, 内閣府ホームページ, <http://www.bousai.go.jp/>

- 1 info/pdf/saigaipamphlet_je.pdf
- 2) 内閣府：平成26年防災白書, 「特集 共助による地域防災力の強化～地区防災 計画制度の施行を受けて～」. 内閣府ホームページ, http://www.bousai.go.jp/kyoiku/pdf/guidline_separate.pdf
- 3) 内閣府防災担当：地区防災計画ガイドライン（概要）～地域防災力の向上と地域コミュニティの活性化に向けて～. 2014, 内閣府ホームページ, http://www.bousai.go.jp/kyoiku/pdf/guidline_summary.pdf
- 4) 荻原良巳, 畑山満則：コミュニティの活性化・不活性化が災害時の情報伝達に及ぼす影響に関する研究. 京都大学防災研究所年報, 第46号B, 2003.
- 5) 倉田和四生：阪神大震災とコミュニティ活動. 関西学院大学社会学部紀要73, 1-2, 1995.
- 6) 臼井真人, 浅野耕一：防災力向上を目的とした地域間の住民連携に関する研究. 日本建築学会計画系論文集79 (696), 571-578, 2014.
- 7) 彦根市統計（平成27年版）第2章. 人口 学区・年齢別（5歳階級）男女別人口および世帯数, 彦根市ホームページ, <http://www.city.hikone.shiga.jp/0000008172.html>
- 8) 天川竜治, 坂上和司, 下田竜一, 王テイ：地域のお宝をみがけ, 「防災」から「共災」のまちづくり. 熊本大学政策研究3, 71-80, 2012.
- 9) 達川剛, 財賀美希, 藤井俊久, 松見吉晴, 太田隆夫：住民の防災意識向上に有効な支援ツールの検証. 土木学会論文集F 6（安全問題）68(2), 175-180, 2012.

研究ノート

慢性疾患患者の自己管理に関する文献検討

高橋 満帆¹⁾, 川端 愛野²⁾, 窪田 好恵²⁾, 伊丹 君和²⁾¹⁾滋賀県立大学大学院 人間看護学研究科 人間看護学専攻 修士課程²⁾滋賀県立大学工学部³⁾滋賀県立大学 人間看護学部

背景 慢性疾患は、徐々に発症し治癒がまれな疾患とされており、日本人の死因の約6割を占めている。今後、慢性疾患をもちながら在宅で生活する患者が増加することが予測され、慢性疾患患者の自己管理が極めて重要となる。

目的 慢性疾患患者の自己管理に関する研究の動向を分析することで、今後の研究の方向性を検討すること。

方法 医学中央雑誌Web版Ver. 5およびCiNii Articleを用いて「慢性疾患」「自己管理」「健康管理」をキーワードに文献検索を行った。その後、原著論文、2006年から2016年の過去10年間に絞り、そのうち重複しているもの、慢性疾患の自己管理・健康管理に関係しないものを除外した。また、ハンドサーチにより海外文献を含めた5件を追加し、抽出した計52件の文献について検討した。

結果 1) 年次推移では、2010年以降文献の数が減少していた。これは看護師の資格認定制度の開始により研究が細分化したことが影響しているものと考えられる。2) 研究の対象では、慢性疾患患者、その中でも成人・高齢者が最も多く、子どもは少なかった。これは、子どもの慢性疾患罹患患者数が成人・高齢者に比べ少数であることや、子ども本人の自己管理や調査が困難なことなどが関係していると考えられる。3) 研究内容では、病気に対応する課題に対処することに関する研究が多くを占めた。患者が自己管理を確立・維持していくうえで、周囲の人のサポートが重要となることが明らかとなっていた。4) 教育、発達支援、福祉サービスなど療育生活を支える様々な支援のニーズが高まっている現在、慢性疾患をもつ子どもの自己管理を支える養護教諭の役割は重要であり、今後研究を行う必要性が示唆された。

キーワード 慢性疾患、自己管理、文献検討

I. 緒言

慢性疾患は、徐々に発症し治癒がまれな疾患であり¹⁾、約50年前から日本においても死因の上位を占めている²⁾。

Literature Review of Self-management in Patient with Chronic Illness

Maho Takahashi¹⁾, Yoshino Kawabata²⁾, Yoshie Kubota³⁾,
Kimiwa Itami²⁾

¹⁾The University of Shiga Prefecture Graduate School Human Nursing

²⁾The University of Shiga Prefecture Human Nursing

2015年9月30日受付、2016年1月9日受理

連絡先：高橋 満帆

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : ot81mtakahashi@ec.usp.ac.jp

2011年の患者調査(厚生労働省)によると、医療機関を受診している慢性疾患患者数は、高血圧性疾患907万人、糖尿病270万人、心疾患(高血圧性のものを除く)161万人、脳血管疾患124万人、悪性新生物153万人であり、合計すると約1600万人にもものぼる。脳卒中やがん、心臓病といった疾患は年齢の上昇に伴って発症頻度が増えるため、高齢化に伴って今後も患者数の増加が予想されている²⁾。

一方、WHOが2012年に発表した全世界における死因別死亡割合によると、慢性疾患が原因となるものは全体の約6割にも及ぶ³⁾。それを受けてWHOが2013年に発表したACTION PLAN 2013-2020では、慢性疾患対策として予防と管理を行うことや、慢性疾患の危険因子を減少させるよう積極的に介入することなどが挙げられている⁴⁾。

このような中、日本ではできる限り住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けつつ、安心して自分らしい生活を実現できるよう、在宅医療・介護が推進され

ている。2013年に発表された社会保障・税一体改革大綱に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化を行い、地域包括ケアシステムの構築等を着実に実現していく取り組みが行われている⁵⁾。したがって、今後ますます慢性疾患をもったまま地域で生活する患者が増加していくことが予測されている。慢性疾患の自己管理は、症状の悪化や合併症の発現を抑えるため極めて重要である。積極的に自己管理することを選び、最善の治療を実行し、日々の管理に主体的に取り組むことで慢性疾患をもちながらも、「健康な生活」を送ることができる⁶⁾。

そこで本研究では、慢性疾患患者の自己管理に関する研究の動向を分析することで、今後の研究の方向性を検討することを目的とした。

II. 用語の定義

自己管理：①病気に対応する課題に対処する(服薬、食事など)、②日々の活動を続けるための課題に対処する(仕事、通学など)、③慢性疾患がもたらす感情の変化に対処する(怒り、不安など)、そのために技法を活用すること⁶⁾。

III. 研究方法

1) 文献検索方法

医学中央雑誌Web版Ver.5を用い、「セルフケア」「セルフマネジメント」をシソーラスで検索したところ「自己管理」の下位語であったため、今回は「自己管理」として検索した。同様に「療養行動」は「健康管理」の下位語であったため「健康管理」として検索した。

「慢性疾患」and「自己管理」、「慢性疾患」and「健康管理」をキーワードに検索した結果、「慢性疾患」and「自己管理」が364件、「慢性疾患」and「健康管理」は229件であった。その後、原著論文、2006年から2016年の

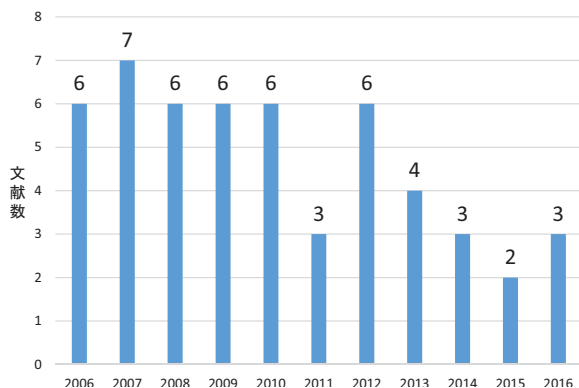


図1 慢性疾患患者の自己管理に関する文献数の年次推移

過去10年間に絞り、「慢性疾患」and「自己管理」は35件、「慢性疾患」and「健康管理」は36件となった。そのうち重複しているもの、慢性疾患の自己管理・健康管理に関係しないものを除外し、44件が抽出された。

同様にCiNii Articleにて検索した結果、「慢性疾患」and「自己管理」は48件、「慢性疾患」and「療養行動」は14件であった。これらも同様に整理したところ、新たに3件が抽出された。また、ハンドサーチにより海外文献を含めた5件を追加し、合計52件を本研究対象とした。

2) 分析方法

抽出された52件の文献を、発行年、対象、研究の内容により分類した。内容に関しては、研究目的、研究方法、結果、考察から帰納的に分類・検討し、慢性疾患患者の自己管理に関する研究内容からみえる今後の方向性を検討した。

IV. 結果および考察

1. 文献の年次推移

検索対象とした2006年から2016年の10年間で、慢性疾患患者の自己管理に関する文献数は、2006年6件、2007年7件、2008年6件、2009年6件、2010年6件、2011年3件、2012年6件、2013年4件、2014年3件、2015年2件、2016年は3件であり、2007年が最も多くなっていた(図1)。

このように慢性疾患患者の自己管理に関する文献の年次推移では、2010年以降徐々に減少している。これには1997年から開始された看護師の資格認定制度が関係しているのではないかと考える。認定看護師や専門看護師が増加することに伴い、研究が細分化し、キーワードが「慢性疾患」という大きな枠組みから「腎不全」「脳卒中」などのより専門的な枠組みへと変遷していったことが文献の推移に影響しているのではないかと考えた。現在、認められている分野としては、認定看護師が21分野、専

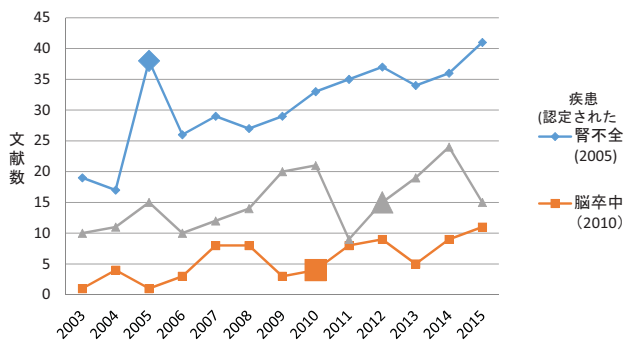


図2 疾患別の自己管理に関する文献の年次推移および認定された年との関係

門看護師が13分野となっている。その中から「腎不全」、「脳卒中」、「心疾患」のそれぞれと「自己管理」をキーワードとして発表されている文献を検索した結果を図2に示す(図2)。2004年に認定された「腎不全」は、2004年の文献数は19件であったのに対し、認定後の2005年には38件と約2倍になり、現在も増加傾向にある。また、2010年に認定された「脳卒中」は認定の前後に文献数の増加がみられ、現在も増加傾向である。

以上のことから、慢性疾患の自己管理に関する研究は、疾患に応じてより専門的に研究が進められてきていることが明らかとなった。

2. 対象の分類

研究の対象では、患者本人が34件と最も多く、家族が5件、教師が1件、その他12件であった。患者をさらに分類すると、成人・高齢者が27件、子どもが7件であった(図3)。

以上、対象別に分類した結果、成人・高齢者が最も多く、子どもが少なかった。これは、慢性疾患に罹患している成人・高齢者の数に比べ子どもの罹患率が圧倒的に少ないことが関係していると考えられる。また、子ども自身での自己管理が困難なため家族管理になることが多いことや、子どもが正確に調査内容を理解し回答することが困難なことも関係しているのではないかと考える。

3. 研究内容の分類

慢性疾患患者の自己管理に関する文献について、前述した自己管理の定義を元にして研究内容の分類を行った。その結果、病気に対応する課題に対処することに関する

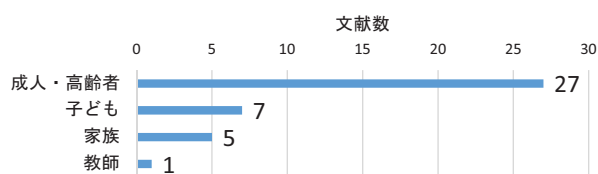


図3 慢性疾患患者の自己管理に関する研究の対象別分類

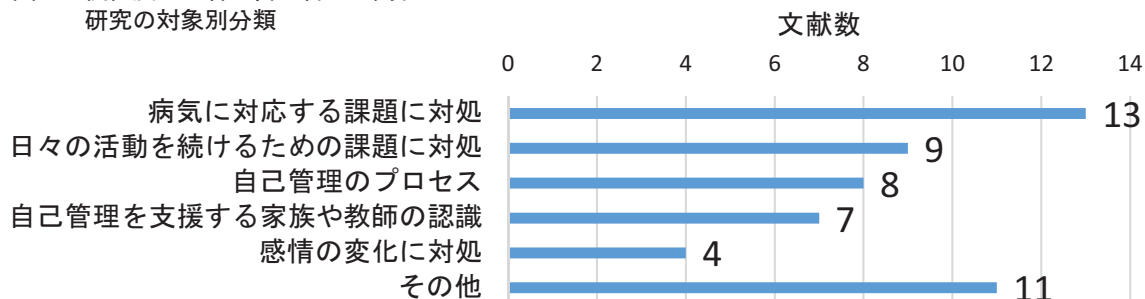


図4 慢性疾患患者の自己管理に関する研究の内容別分類

研究が13件と最も多く、日々の活動を続けるための課題に対処することに関する研究9件、自己管理のプロセスに関する研究8件、自己管理を支援する家族や教師の認識に関する研究7件、慢性疾患がもたらす感情の変化に対処することに関する研究4件、その他11件に分類された(図4)。

以下にその詳細について示す。

1) 病気に対応する課題に対処することに関する研究

病気に対応する課題に対処することに関する研究は、さらに服薬に関する研究、食事に関する研究、症状に関する研究の3つに分類された。

(1) 服薬に関する研究

古知ら⁷⁾は、心不全と診断され、外来通院で内服治療を行っている者に行った質問紙調査から、慢性心不全を抱える後期高齢者は薬に対する抵抗感が少なく服薬コンプライアンスは高かったと報告していた。

また、岩淵ら⁸⁾は、服薬コンプライアンスと薬に関する認識について、外来通院中で入院に至った慢性疾患患者に質問紙を用いた聞き取り調査を行った。その結果、対象者全員が服薬を確実に実行していると回答している一方で、処方薬の内容と手元に残った薬の数が一致していない実態を報告していた。

一方藤岡ら⁹⁾は、服薬の意思形成プロセスを明らかにするために、慢性疾患をもって服薬を行っている11歳以上25歳未満の16名の患者に対して半構造化面接を行った。その結果、思春期の慢性疾患患者は服薬に対して「副作用の不安」「服薬の困難さ」「服用の煩わしさ」などの概念を抱えていることを明らかにした。服薬自己管理のプロセスとして、「服薬の意思」と「服薬に反する意思」の葛藤を経て、そのどちらかに転じる〈服薬意思の転換〉が起こることが明らかにされた。また、学校の友人からムーンフェイスなどの薬の副作用を指摘され、傷ついた経験なども報告されており、仲間との一体感を大切に

する思春期の子どもたちが慢性疾患を有しながら社会生活を営むということの困難さを明らかにしていた。

以上、服薬に関する研究では、慢性疾患患者はいずれの年代であれ、自分自身で試行錯誤をしながら自己管理を行っている。しかし、自分自身は服薬を確実にやっていると思っているものの、実際には服薬ができていないことも報告されており、自分の認識とのずれが生じていることが明らかにされていた。とくに思春期の慢性疾患患者は、服薬に対する葛藤を経て「服薬の意思」「服薬に反する意思」のどちらかに転じていたため、学校生活を送る患者を「服薬の意思」に導くために、子どもが生活している家庭や学校、地域社会などと連携し、サポートする人材や社会資源が重要であると考えた。だが、家族や養護教諭を含めた周囲の人々の関わりや、認識を明らかにするような研究は見られなかった。

(2) 食事に関する研究

藤田ら¹⁰⁾は、どのような認識の変化が積み重なり正しい食生活が身についたのかを明らかにするために、自らの健康状態に合わせて食事を改善し維持することができた慢性疾患患者に対し、半構成的面接を行った。食事を改善し維持している慢性疾患患者に共通する認識の変化は、「身体の異変を知覚し問いかける」「身体の異変と体の異変を知覚し問いかける」「自分の食事を客観視する」「食事実践上の視点がわかり、目安が書ける」「食事の規範が形成される」「健康と食の関心が高まる」であった。

高岸ら¹¹⁾は血液透析患者の自己管理に影響を及ぼす要因とその関連性を明らかにするために血液透析患者50名に質問紙調査を行った。自己効力感と普段の生活場面と食事管理場面に正の影響、体重増加や外発的摂食に負の影響を及ぼしていることを明らかにしている。なお、自己効力感とは、ある状況を変化させる手段を遂行することに対する自己評価で、遂行できるという確信の程度とされている。

また、水野¹²⁾は、糖尿病患者の自己効力感と食事療法の順守に影響を及ぼす要因を明らかにするために、2型糖尿病と診断された65歳以上の高齢者105人に質問紙調査を行った。その結果、糖尿病患者の自己効力感には、職業に従事していること、BMIを良好に維持していること、抑うつ傾向にないこと、日常生活レベルが高いことが影響していたが、自己効力感と食事の摂取量には関連は見られなかった。実際の食事の摂取量には、女性であること、家族と同居および配偶者がいること、日常生活行動に支障がないことが食事の摂取量の増加に影響していた。

以上、食事に関する研究では、慢性疾患患者は、

身体の不調を意識しながらも食事を改善しており、実際の食事摂取には、自己効力感ではなく配偶者や同居しているなど家族の影響を受けていることが明らかにされていた。このことから、食事を改善して正しい食事を維持するためにも家族などの周囲の人々の関わりが重要な役割を果たしていると考えられる。

(3) 症状に関する研究

山下ら¹³⁾は、慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整を明らかにするために、慢性心不全を抱え通院中の5名への半構造化面接を行った。慢性疾患患者の症状悪化予防に関する生活調整として「症状悪化しないことが第一優先である」と意識を変える」「症状悪化しないことを優先する生活様式に変更する」「務めや趣味のために少ない心身のエネルギーを適切に配分する」などの9つのカテゴリを抽出した。患者は様々な日常生活での制約を受けながらも、様々な対処によって馴染んだ生活を維持しようとしていることが明らかになった。

村上ら¹⁴⁾は、自己管理を促進する要因および阻害する要因を明らかにするために、2型糖尿病で通院中の患者16名に半構成的面接を行った。自己管理を促進する要因は「糖尿病と向き合う」「自己管理の実行を意識化する」「取り組んだ効果を実感する」「支援環境を形成する」であった。「支援環境を形成する」では、医療者からの適切な支援がある状況や、家族の支援があることが自己管理を促進する要因の1つになっていた。一方、自己管理を阻害する要因は「糖尿病と向き合えない」「糖尿病である自分自身が重荷になる」「支援環境が広がらない」が挙げられた。

以上、症状に関する研究では、慢性疾患患者は日常生活において制約を受けながらも日々様々な症状に対処しており、病気と向き合いながら生活を維持していることが明らかになった。また、患者自身が自己管理を行いやすい環境が整っていることが、自己管理を促進する要因につながっていた。環境の中には病院施設などの物的資源だけでなく、医療者や家族などの人的資源も含まれる。日常生活を送っている患者を地域で支えることのできる家族や医療者、教員などを含めた周囲の人のサポートが重要となると考えられる。

2) 日々の活動を続けるための課題に対処することに関する研究

仲村¹⁵⁾は、慢性心不全と糖尿病の2つの病気を持つ80代女性1名に行った看護援助から、2つの病気を管理しながら生活していくためには、「生活を語る力」「自分の身体に起こることの理解」、2つ目の病気の療

養行動の方法に対応する「療養のパラダイムシフト」「医師に伝える力」が必要であることを明らかにしている。

森山ら¹⁶⁾の研究によると、成人期の慢性疾患患者は、病気が身体的心理的負担になるだけでなく、病気である自分に対する偏見、家族からの役割遂行能力へのプレッシャーを感じていた。病気を持つての育児などの経験は自己管理できたという成功体験となり、病気を持ち生活していくことの自信につながっていた。

一方、高谷ら¹⁷⁾慢性疾患をもつ思春期の子どものアドヒアランス行動を明らかにするために、外来通院をしている14～20歳未満の男女12名に対する半構造化面接を行った。慢性疾患を持つ思春期の子どものアドヒアランス行動として、「病気に向き合う」「病気と生活をつなぐ」「社会の中で自ら舵取りを行う」の3つのカテゴリが抽出された。慢性疾患をもつ思春期の子どもは、発達課題に取り組みながら、実際の日常生活に療養行動を行っていることが特徴であるため、病気とともに歩んできた軌跡を通して、子どもの行動をとらえる必要性があるということを報告している。

また、坂本ら¹⁸⁾は、慢性疾患を持つ学童期の子どもが学校生活の中で取り組む症状マネジメントの方略を明らかにするために、学童期の子ども8名に半構成インタビューを行った。症状マネジメントの方略とは、子どもの発達段階に応じて、周囲のサポートを得ながら症状を適切にコントロールし、主体的に症状を管理・調整することとしている。学校生活の中で取り組む症状マネジメントの方略には「症状が出現したときに取り組む症状マネジメントの方略」「症状を出現させないために取り組む症状マネジメントの方略」「症状を悪化させないために家庭から継続して取り組む症状マネジメントの方略」があることが明らかになった。慢性疾患を持つ学童期の子どもは、療養法を実践する前に担任に自分の症状を知らせて助けを求めたり、自分ができないところは担任に協力してもらったりするという療養行動をとっていた。また、休息できる環境や養護教諭からの助けを求めて保健室に行く子どももいたことが報告されていた。

以上、日々の活動を続けるための課題に対処することに関する研究では、成人では自分の身体について理解し、それを他者に伝えること、子どもでは発達段階に応じて療養行動を獲得することでそれぞれの課題に対処していた。その中で慢性疾患をもちながら学校生活を送っている子どもは、担任や養護教諭の助けを必要としていることが明らかにされていた。養護教諭は救急処置及び救急体制、健康相談活動に関すること、健康診断・健康相談など様々な職務を果たすことが求められている¹⁹⁾。慢性疾患をもちながら学校生活を送

る子どもたちにとって、養護教諭の関わりは重要であると考えられる。

3) 慢性疾患がもたらす感情の変化に対処することに関する研究

原田ら²⁰⁾は、慢性呼吸器疾患患者のストレスに対処行動を明らかにするために、呼吸器障害を持つ80名に質問紙調査を行った。対処方法の使用頻度は、「前向きに考えようとした」が最も多く、「問題に振り回されないよう通常通りの生活をしようとした」「運動や身体活動を行った」の順となっていた。医療職を主とする専門家に相談すること、前向きに考えるといった対処行動がとられていることが多いことが明らかにされている。

田中ら²¹⁾は、退院後の日常生活の問題と不安について調査するため、慢性疾患を持つ65歳以上の独居老人16名に対し半構造化面接を行った。退院後の生活で何が一番心配かという問いに対して、「急に調子が悪くなったときどうすればよいのか不安」「何を食べていいのか不安」などが挙げられていた。

以上、慢性疾患がもたらす感情の変化に対処することに関する研究では、症状が悪化したときのストレス、退院後の生活に対する不安などの感情の変化に対して、前向きに物事を捉える、通常通りの生活を維持するよう心掛けるなどの対処方法が取られていることが明らかにされていた。専門家への相談も対処方法の1つに挙げられており、周囲の人々からのサポートが病気がもたらす感情の変化でおこるストレスや不安の軽減につながっていた。病院から在宅へ生活の移行が求められている現在、周囲の人々からのサポートは地域で生活する患者にとって心の支えになることが考えられる。

4) 自己管理のプロセスに関する研究

大河内ら²²⁾は、慢性期外傷性頸髄損傷者がセルフマネジメントを確立してきた過程を明らかにするために、外傷性頸髄損傷者29人に反構造化面接を行った。セルフマネジメント確立の中核カテゴリは「生活上の混乱の程度を最小にして在宅生活を維持するための絶え間ない調整」であった。無関心期には「健康管理の必要性が認識できない」と感じており、模索期には「わけがわからないまま変化への対応に追われ」、我流の対処をしたり、受診の必要性を認識していないが、適応期には「一旦構築した健康管理方法を継続する工夫をする」「ストレスを管理する」などが行われていた。セルフモニタリングや二次障害の予防行動やストレス管理が行われていたが、服薬を自己判断で避けたり、ライフスタイルを優先したりする健康管理方法が用いられていることが明らかとなった。しかしこの研究で

は、個人のおかれた社会経済状況や個人の属性、地域特性などの影響は考慮されていない。

一方、橋倉ら²³⁾は、慢性疾患をもつ被虐待児3名を対象に、自己の症状についてどのように考えているのかを知り、子ども自身がケアを受け入れ安寧を獲得するプロセスを明らかにした。看護師が関わることにより、慢性疾患をもつ子どもは安全で安心できるという感覚に支えられ、セルフコントロールに対する新しい目標の設定や自分のできること、できないことの区別が行えるようになる。さらに、看護師の協力や知識の裏付けにより新しいことへ挑戦しようという意欲へつながっていた。

以上、自己管理のプロセスに関する研究では、始めは病気や自己管理の必要性の理解ができなかったが、病気と付き合い生活していく中で自己管理の重要性を理解し、自分自身で工夫しながら自己管理を確立させていることが明らかとなった。

5) 自己管理を支援する家族や担任の認識に関する研究
山手ら²⁴⁾は、家族が子どもを学校生活に適応させるために行っている支援について明らかにするため、慢性疾患をもつ子どもと生活する家族118名に質問紙調査を行った。その結果、学校生活への適応を支える家族の支援行動には、健康な子どもと同様の学校生活を送ることができるように体調管理や精神的サポートを行うことや、子ども自身が療養行動を自立して行うことができるように関わることなどがあることを明らかにした。

また、山手ら²⁵⁾は、慢性疾患をもつ子どもの学校生活への適応を支える家族の支援行動と学校生活への適応に関する家族の捉えの関連について明らかにするため、外来通院中の慢性疾患をもつ子どもと生活している家族128名に対し、質問紙調査を行った。慢性疾患をもつ子どもの学校生活への適応を支えるために家族が行っている支援行動として、「子どもの体調管理」「学校生活を送るために担任・医療者に協力を得る」「子どもが療養行動を行うための情緒的サポート」などがあることが明らかとなった。家族が子どもの主体性を生かすような関わりを行いつつ、体調管理を行ったり、担任の先生や養護教諭への働きかけを行うことが慢性疾患をもつ子どもの学校生活への適応につながっていくことが示唆された。

この他、慢性疾患をもつ子どもが通う担任の役割として、吉川²⁶⁾の研究では、「患児への支援」「ノーマライゼーション実現に向けた学級づくり」「適切な関わりを行うための基盤づくり」の3つが示唆されていた。担任が慢性疾患をもつ子どもの学校生活を支援していくためには、担任一人一人がこの3つの役割を認識し、

支援に必要な人的・物的条件を現実的に整備していくことが求められている。

以上、自己管理を支援する家族や担任の認識に関する研究は、すべて子どもに対する支援の認識であった。家族は、慢性疾患をもちながら学校生活を送る子どもに対して、健康な子どもと同じように生活できるような子どもの主体性を高める関わりを行っていた。また、家族や子ども本人は学校生活を送る上で担任や養護教諭の協力を求めている。しかし、担任を対象とした研究は1件のみであり、慢性疾患をもつ子どもの学校での自己管理を支える養護教諭を対象とした研究は見られなかった。

2. 慢性疾患患者の自己管理に関する研究内容から見える今後の研究の展望

今回、慢性疾患患者の自己管理に関する文献について検討した結果、以下のことが明らかとなった。

まず、研究の対象では、成人や高齢者の慢性疾患患者が最も多く、慢性疾患を持つ子どもを対象としたものは少なかった。これには、子どもの慢性疾患罹患率が成人や高齢者に比べ少ないことや、子どもが正確に調査内容を把握して回答することが困難なことが関係していると考えられた。しかし、2012年の小児慢性特定疾患に対する医療補助給付人数は11万人を超えており、慢性疾患を持ちながら生活する子どもの増加は無視できないものとなっている。

また、研究の内容に関するものでは、患者は煩わしさを抱えつつも自分なりの対処方法を見出していることや、症状を予防し生活を維持している現状などがあった。初めは病気や症状の理解ができなかったり我流の対処方法を取っていた患者が、病気と付き合い生活していく中で、自己管理の重要性を理解し、自分自身で工夫しながら自己管理を確立させていることが明らかとなっていた。さらに患者の自己管理を確立・維持していくうえで、患者を支えることのできる家族や医療者、教員などを含めた周囲の人のサポートが重要となることが明らかとなっていた。

特に、慢性疾患をもちながら地域で生活していく子どもは、学校生活を送りながら自己管理を行う必要がある。そのため、学校での子どもの自己管理を支える養護教諭の担う役割は重要である。実際に今回の文献検討から、子ども本人が学校生活を送るうえで養護教諭に助けを求めていることや、家族が子どもの学校生活への適応を支えるために担任や養護教諭に働きかけを行い、協力を求めている現状が明らかとなっていた。しかし、今回の文献検討では養護教諭を対象とした研究は見られなかった。

厚生労働省が2013年に発表した慢性疾患をもつ子どもとその家族への支援の在り方について報告したものの中

で、慢性疾患をもつ子どもの生活の質は必ずしも高くはなく、教育、発達支援、福祉サービスなど療育生活を支える様々な支援のニーズが高まっていることが報告されている²⁷⁾。また、低出生体重児や極低出生体重児の出生数は、医療の進歩に伴い救命率が向上したことより増加傾向にある。超低出生体重児の14歳時の慢性疾患罹患率は、正常出生体重児と比べて2.8倍にのぼることが明らかにされており²⁸⁾、在宅医療が推奨されている現在、今後慢性疾患をもちながら地域で生活を送る子どもが増加することが予想される。このことから、学校で救急処置や健康相談などを行う養護教諭の支えは重要であると考える。

以上のことから、慢性疾患をもつ子どもの学校での自己管理を支える養護教諭に焦点をあてた研究を行う必要性が示唆された。

V. 結 語

慢性疾患患者の自己管理に関する文献を検討した結果、以下のことが明らかとなった。

- 1) 年次推移では、2010年以降文献の数が減少していた。これは看護師の資格認定制度の開始により研究が細分化したことが影響しているものと考えられる。
- 2) 研究の対象では、慢性疾患患者、その中でも成人・高齢者が最も多く、子どもは少なかった。これは、子どもの慢性疾患罹患率が成人・高齢者に比べ少数であることや、子ども本人の自己管理や調査が困難なことなどが関係していると考えられる。
- 3) 研究内容では、病気に対応する課題に対処することに関する研究が多くを占めた。患者が自己管理を確立・維持していくうえで、周囲の人のサポートが重要となることが明らかとなっていた。
- 4) 教育、発達支援、福祉サービスなど療育生活を支える様々な支援のニーズが高まっている現在、慢性疾患をもつ子どもの自己管理を支える養護教諭の役割は重要であり、今後研究を行う必要性が示唆された。

文 献

- 1) ケイトローリッグ, ホールステッドホールマン: 慢性疾患自己管理ガイドンス 患者のポジティブライフを援助する, 第1版, 2-8, 2011, 日本看護協会出版会
- 2) 伊藤雅治, 椎名正樹, 遠藤弘良, 他: 国民衛生の動向・厚生指標2014/2015, 84-95, 2012, 一般財団法人 厚生労働統計協会
- 3) WHO The top 10 causes of death:

[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/\(2016/9/26](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/(2016/9/26) 閲覧)

- 4) WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020: [http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/\(2016/9/26](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/(2016/9/26) 閲覧)
- 5) 厚生労働省 在宅医療・介護の推進について: http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/zaitaku/dl/zaitakuiryoku_all.pdf (2016/12/27 閲覧)
- 6) ケイトローリッグ(著), 近藤房恵(訳): 病気と共に生きる 慢性疾患のセルフマネジメント, 第1版, 10-11, 2008, 日本看護協会出版会
- 7) 古知里美, 簗持知恵子: 慢性心不全患者の服薬コンプライアンスに関する調査, 呼吸器&循環器ケア 9巻4号, 98-103, 2009
- 8) 岩渕倫子, 草野幸子, 千葉美佳, 他: 慢性疾患患者の服薬コンプライアンスに関する調査, 日本看護学会論文集 成人看護II38号, 97-99, 2008
- 9) 藤岡寛, 上別府圭子: 小児慢性疾患患者における服薬の意志形成プロセスに関する質的研究, 小児保健研究 68巻6号, 654-661, 2009
- 10) 藤田三恵, 川島和代, 諸江由紀子: 慢性疾患患者が食事を改善し維持に至る認識の変化の過程, 日本看護研究学会雑誌31巻5号39-48, 2008
- 11) 高岸弘美: 血液透析患者の自己管理に影響を及ぼす要因とそれらの関連性に関する研究 セルフ・エフィカシー、ソーシャル・サポート、食行動に焦点をあてて, 山梨県立大学看護学部紀要10巻, 13-26, 2008
- 12) 水野静枝: 高齢糖尿病患者のセルフ・エフィカシーと食事療法の順守に影響を及ぼす要因, 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要 7巻 24-31, 2011
- 13) 山下亮子, 増島麻里子, 眞嶋朋子: 慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整, 千葉看護学会誌16巻2号, 45-53, 2011
- 14) 村上美華, 梅木彰子, 花田妙子: 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因, 日本看護研究学会雑誌 32巻4号 29-31, 2009
- 15) 仲村直子: 看護実践における事例研究 事例研究の実際 2病院に通院する複合疾患患者の心不全のコントロールと生活調整, 看護研究46巻2号, 163-168, 2013
- 16) 森山敬子, 杉田聡: 成人期発症1型糖尿病女性の疾病受容に関する研究 健康生成論を用いた分析, 保健医療社会学論集18巻1号, 51-62, 2007
- 17) 高谷恭子, 中野綾美: 慢性疾患をもつ思春期の子どものアドヒアランス行動, 高知女子大学紀要(看護

- 学部編) 56巻 11-21, 2007
- 18) 坂本美幸, 高橋容世, 友永麻美, 他: 慢性疾患をもつ学童期の子どもが取り組む症状マネジメントの方略, 高知女子大学看護学会誌35巻1号, 61-68, 2010
 - 19) 厚生労働省 養護教諭の職務内容等について: http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/029/shiryo/05070501/s007.htm (2016/11/24 閲覧)
 - 20) 原田秀子, 中谷信江: 慢性呼吸器疾患患者のストレス対処行動に関する研究, 日本医学看護学教育学会誌18号, 2-9, 2009
 - 21) 田中万紀子, 倉林しのぶ, 中西陽子: 地域山間部に住む慢性疾患を持つ独居高齢者の退院後の生活の不安と病棟看護師の役割, 日本看護学会論文集 地域看護36号, 84-86, 2006
 - 22) 大河内彩子, 日高悦子: 慢性期外傷性頸髄損傷者におけるセルフマネジメントの確立の過程に関する質的分析, 日本公衆衛生雑誌62巻4号, 190-197, 2015
 - 23) 橋倉尚美: 児童養護施設で生活している慢性疾患をもつ被虐待児への症状マネジメントを用いたセルフケア看護援助, 愛仁会医学研究誌44巻, 215-218, 2013
 - 24) 山手美和: 慢性疾患をもつ子どもの学校生活への適応を支える家族の支援行動の特徴, 宮城大学看護学部紀要9巻1号, 89-97, 2006
 - 25) 山手美和: 慢性疾患をもつ子どもの学校生活への適応を支える家族の支援行動と学校生活への適応に関する家族の捉えの関連, 高知女子大学看護学会34巻1号, 99-108, 2009
 - 26) 吉川一枝: 通常の学級に在籍する慢性疾患患児への学級担任の関わり 学校生活を支援する担任の役割と課題, 岐阜医療科学大学紀要1号, 61-66, 2007
 - 27) 厚生労働省 慢性疾患を抱える子どもとその家族への支援の在り方: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000032555.html> (2016/11/24 閲覧)
 - 28) Hack M1, Schluchter M, : Change in prevalence of chronic conditions between childhood and adolescence among extremely low-birth-weight children., JAMA 394-401, 2011

研究ノート

安心に関する文献検討 —子育て中の母親への適用に向けて



小林 孝子
滋賀県立人間看護学部

子育て中の母親から安心という言葉がよく聞かれ、少子化対策でも達成すべき重要な目標とされている。安心は多用される言葉であるにもかかわらず、その明確化がされてこなかった。本研究の目的は、国内看護学領域の文献検討により安心の概念を明確にすることである。学際的な論文6件と一般図書14件を分析し、看護実践に関する文献22件の分析を行った。

学際的な側面から安心を分析したところ、安心の特性として「心が安らいでいる」「安定している」「信頼が築かれている」「安全が保障されている」「できると信じている」「求めるもの」「主観的なもの」というカテゴリーが明らかにできた。一方、国内の看護実践の文献で示された先行要件として「信頼関係をつくる」「受容する」「そばにいる」「情報を提供する」「環境を整える」、属性として「受け入れられている」「つながりがある」「信頼できる人がいる」「できる感覚がある」「不安がない」、帰結として「充足」「回復」「安定」「関係性の構築」「自立」というカテゴリーが分類された。看護実践の文献においては、看護職と対象者間の信頼関係、対象者ができると思える関わりが重要であり、母親のポジティブな側面のひとつとして安心に着目した働きかけを行うこと、看護援助のアウトカムとして定義づけられることが必要であると考えられた。

キーワード 安心、子育て、母親、文献検討

I. 緒言

子育て中の母親からの相談に応じていると、「安心しました」という言葉とともに母親の表情が和らぐ場面に出会うことがある。育児相談会に参加した母親は相談することによって安心し¹⁾、妊娠中は助産師や他の妊婦や乳児との交流²⁾や子ども虐待予防を目的とした育児グループに参加した母親の経験として安心感が挙げられている³⁾。また保健師が母親との信頼関係を構築する段階のひとつに母親の安心を得ることなど⁴⁾、様々な場面で安心という言葉が用いられている。

わが国では急速な少子化が進み、様々な少子化対策が推進されているが、この対策の中で「安心」という言葉は多用されている。2015年から開始された健やか親子21(第2次)⁵⁾では、切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策の目標として、「安心・安全な妊娠・出産・育児のための切れ目ない妊産婦・乳幼児保健対策の充実」が挙げられている。安心して子育てができる環境づくりが、育児支援において達成すべき重要な目標とされており、この「安心」に着目することが長年の目標を達成するための一助となると考える。

また、国内の育児に関する研究では、育児不安や困難感についての研究が行われてきた⁶⁾⁷⁾⁸⁾。一方、育児に関する肯定的な側面を捉えた研究として、幸福感⁹⁾、自信と満足感¹⁰⁾、肯定感¹¹⁾などが挙げられるが、これらの中には安心という概念を中心に置いた研究はみられない。母親の安心については、母親から頻りに聞かれる言葉でもあり、子育て支援に関する研究や育児支援対策に多用される言葉であるにもかかわらず、その明確化がされてこなかったのが現状である。

本研究は、子育て支援の中で多用されている「安心」を指標化することを目指し、国内看護文献で用いられて

Literature Review of ANSHIN —toward Mothers Raising Infant—

Takako Kobayashi

School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

2015年9月30日受付、2016年1月9日受理

連絡先：小林 孝子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : kobayashi.ta@nurse.usp.ac.jp

いる「安心」についてその概念を明確にすることを目的とする。概念の明確化により、看護職の行う支援の評価や子育て支援システムの評価指標の一助となることが期待できる。

II. 研究方法

分析の手順として、日本の社会・文化の中で用いられる安心について明確にした上で、国内の看護学領域において用いられる安心について分析を行った。

第1段階として、看護領域に限らず他の領域を含めた学際的な検索を行う必要があると考え、国立情報学研究所が提供している総合検索システムCiNiiを利用した。タイトルに安心を含む論文を1996年から2015年の20年間で検索すると、18470件であった。データ数が膨大であるため、このうち被引用件数が5件以上、要旨に安心という言葉が含まれるもの、入手可能であるものから12件を選び、さらに精読した上で安心の記述が不明瞭なものを除き、最終的に6件を分析の対象とした。また、概念分析の手法として一般の文献も含めることが有用であることから¹²⁾、公立図書館の一般図書の検索を行った。ハンドサーチにより安心に関する説明があるもの14件を分析の対象に加え、合計20件の文献を分析対象とした。

第2段階として、日本の看護における概念の使われ方を検討するため、データベースとして医中誌Webを使用した。キーワード「安心」をタイトル中に含み、検索可能な1977年から2015年までの原著論文および看護文献で検索したところ118件であった。さらに、要旨とタイトルを読み、安心が中心的なテーマとなっていると思われる文献54件を精読し、「安心」という言葉が用いられているがその記述が不明瞭なものを除き、合計22件の看護に関連する国内文献を分析対象とした。

また、先行研究の中に、安心の概念分析¹³⁾と尺度開発¹⁴⁾の文献がみられた。これらの文献では、英文献については看護学領域に関する文献を対象とし、reassuranceという概念が用いられていた。本研究では子育て中の母親の安心への適用を目指していることから、妊娠出産育児において用いられることの多かったsense of securityという概念¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾に着目している。また、先行の概念分析では、和文献は看護学領域の他に医学、心理学、社会学、教育学領域の文献が用いられ、尺度開発は一般成人と大学生を対象として開発されている。本研究では日本の保健医療システムを背景とし、看護職の行う支援や子育て支援の評価指標の一助となることを目指していることから、看護職によってもたらされる安心を中心的テーマとして探求することが必要であると考え、分析を行った。

III. 研究結果

1. 安心という概念の用いられ方

1) 辞典で説明される安心

広辞苑第六版¹⁸⁾では「心配・不安がなくて、心が安らぐこと。また、安らかなこと。」と記され、日本国語大辞典¹⁹⁾では、「①心が安んじること。気がかりなことがなくて、心が落ち着くこと。②心が安らかで心配のないこと。また、そのさま。③仏語では、信仰によって、心が不動の境地に達すること。④内心のくふうをすること。奥義に達するための心づかい。」と説明されている。

2) 佛教で用いられる安心

安心(あんしん)は現代社会で日常的に用いられる言葉であるが、歴史を遡ると、仏教の世界で安心(あんじん)という言葉が用いられている。岩波仏教辞典第二版²⁰⁾によると、仏教では、信仰や実践により到達する心の安らぎあるいは不動の境地を意味するとし、聖道門では自己への精神集中によってその境地を目指すものであるとし、浄土門では阿弥陀仏を信じて極楽に往生するための心の持ち方であるとしている。日英佛教語辞典²¹⁾では、Anjin 安心 a settled heart; faith; assurance; firm belief と説明されている。

安心とは、単に心が安らいでいること、心配や苦痛がなくなったことにより心が安らぐこと、不動であること、目指すもの・境地であり、そこに至るまでの心の持ち方など、多様な意味合いを持つ言葉であるということが示されていた。

3) 科学技術で用いられる安心

安心という言葉は、安全・安心として用いられることが多くみられた。神里²²⁾は、不安定な社会状況に対処するための一つのキャッチフレーズとして、1990年代より行政や社会の様々な領域で、安全・安心の確保という表現が多用されていることを示している。これは社会全体が複雑化し不安定化する中で、安全だけでは不十分であり、安全と安心の両方を確保しなければ十分な政策にならないという認識からきていると考えている。また、安全と安心は類似した側面はあるものの本質的には異なる価値を有している。安全には客観的性格があり公的な価値を持つこと、安心には主観的性格があり私的な価値を持つこと。安全に比べると無規定になりやすいと説明している。

安全基準を達成していても安心できないという現象もみられる²³⁾。安全は具体的な危険が物理的に排除されている状態であり、安心は危険のあるなしにかかわらず心配・不安がない主體的・主観的な心の状態である²⁴⁾²⁵⁾。

また、リスク認知の視点から、中谷内²⁶⁾も安心してし

まうと安全が失われることを示しており、リスク情報は不安をもたらすが、政府や企業などのリスク管理責任者への信頼により安心がもたらされることの重要性を示している。

さらに、社会の安全・安心を脅かす脅威が増大する時代背景から、安全学の構築を推進している村上²⁷⁾²⁸⁾は、安全とともに安心について論述している。まず、「安全学」とは、「安全—危険」の軸と、「安心—不安」の軸と、「満足—不足」の軸を総合的に眺めて、問題の解決を図ろうとする試みであり、不安はその反対概念でもある安心も含めて、定量的な扱いから大きくはみ出る世界であると述べている。人工物や人間—機械系に絶対安全はあり得ず、リスクアセスメントなどの安全を求める手法が進化する中、「安心を得る」ということはどういうことなのか大きな課題として残ることも示し、「安心」は人々が求める重要な目標であるとしている。

他に、都市計画の領域でも安全と安心という用語が頻繁に用いられている。安全と安心については使い分けが必要であり、その相違について、安全については物理的対応により得られる客観的指標であり限定的欲求である。安心は、心理的・精神的対応により得られる主観的指標であり、無限定的要求であると説明している²⁹⁾。

また、「安心」および「安全」という言葉から連想する事柄を質的に分析した結果では、「安全」は自分がおかれた場所の状況、モノやしくみを利用した対策によって身の回りに危険のない状態や危険から身を守るために備えている状態ととらえられており、「安心」は自分の行為や他者との相互関係によって心が落ち着き安定する状態や頼りになる存在がある状態ととらえられていることが明らかにされている³⁰⁾。

以上のことから、安全は具体的な危険から免れている物理的状态であり、安心は危険の有無にかかわらず得られる心の状態である。安心は他者との信頼関係によってもたらされ、主観的指標であり、人々が求める重要な目標であるといえる。

4) 社会心理学で用いられる安心

山岸³¹⁾³²⁾は、安心は安全と人への信頼により導かれるものであるとし、対人関係の視点から安心を捉え、日本の安心社会が終わりを告げ信頼社会が必要であることを示している。「安心」とは、相手が自分を搾取る意図をもっていないという期待の中で、相手の自己利益の評価に根差した部分であり、安心は社会的不確か性が存在しない状況についての認知であるとしている。つまり、例えば農村のような集団主義社会の中では社会システムが安心を保証してくれており信頼を必要としないが、都会のような個人主義的な社会では信頼を必要とすると述べている。

このように、現代社会で人々は様々なリスクにさらされており、安心して生活することに関心が寄せられている。安心は安全と人への信頼により導かれるものであること、過度な安心は安全を脅かすこと、安心は主観的であり、定性的なものであることがここでは示されている。

5) 精神医学で用いられる安心

精神分析において、サリヴァンSullivan³³⁾は、security operation は、自己組織の主な機能の一つとしている。security という用語については、心理臨床大辞典³⁴⁾では安全（安心）と表現され、サリヴァンの治療法を解説したChapman³⁵⁾の著書では、安心操作 という訳で表現されている。

Sullivan³³⁾は、人間の営為の目指す最終状態は、satisfaction と security であるとし、satisfaction は食物や睡眠への欲望のように身体的機制に密接に結びつき、security は行動や思考、社会秩序などに関係が深い人間の文化的装備に密接な関連があるとしている。人生の中では全てものが手に入るわけではないという失望を味わうことから、この失望により喪失感や孤立感を味わわずにすむように考え行動し予見する能力が発達するようになる。これがsecurityの追求であり、securityという最終状態をめざすということになると述べている。

以上のことから、安心 securityは個人の主観的判断に依拠するものであること、目指すものであること、人との関係の中で生じること、予測している状況と大きく異なる状況にならないと信じていることといえる。

6) 心理学で用いられる安心

心理学の領域では、情動 emotionの一つとして、relief という概念が扱われている。

安心または安堵と訳されている。Lazarus³⁶⁾は、ストレスと情動emotionについて論述し、15種類の情動を示しているが、その中にrelief が含まれており、relief とは困った状況や大きな脅威が現実とならなかったか、あるいは状況が好転したことを喜ぶ状態であり、不安や怒りなどのストレス情動状態にあっても、恐れていた結果よりも損傷が少ないことがわかれば、それに続いて起こるものとされている。

情動の心理学が科学的心理学の一研究領域として認知されるようになったのは、1990年代であるとされる。しかしながら、取りあげられる情動は否定的な情動が多く、これは否定的な情動に緊急性があること、実験心理学上では否定的な情動の方が刺激を起こしやすく測定しやすい面が指摘されており³⁷⁾、不快感情について下位概念に質的な区分がなされやすいが、快感情では下位概念が混同されやすいことから、快感情に関する研究の重要性が指摘されている³⁸⁾。

情動の分類や構造についての確定的な説はないといわれるが、共通する点として2つの次元を取り出すことができる。それは、情動の性質という側面からみた次元と強度から見た次元である。性質には、negative-natural-positiveや、快-不快という快適度などがあり、強度としては、strong-mild-weakといった活性度がある。reliefは、positive mildに位置づけされている³⁷⁾。

また、安堵と安心については意味が類似するが、安心はより持続的な事態を表現し、安堵は瞬間的な事態を表現すると説明されている¹⁹⁾。門地³⁸⁾は安堵感について因子構造を明らかにしている。第1因子として緊張からの解放状況があり、何らかの緊張や不安が先行して存在し、その緊張や不安が解消されたときという状況であった。第2因子のやすらぎ状況は、緊張が必ずしも先行せず、いずれも穏やかでくつろいだ状況があった。

以上のことから、安心は情動のひとつであり、快不快のレベルで見ると快の情動であること、活性度から見ると中等度のレベルに位置づけられる。また、先行条件として不安や脅威が存在し、不安や脅威となることが軽減することによって安心がもたらされるとする側面と、先行条件がない状況の中でも安心がもたらされるとする側面があるといえる。

7) 学際的にみた安心の特性

佛教、科学技術、社会心理、精神医学、心理学の文献から安心の記述内容を統合し、学際的な視点からみた安心の特性を表1に示す。

安心の特性として、《心が安らいでいる》《安定している》《信頼が築かれている》《安全が保障されている》《できると信じている》《求めるもの》《主観的なもの》というカテゴリーが明らかにされた。以下、カテゴリー名を《 》で示す。

《心が安らいでいる》とは、心配・不安がなく心が安らぐこと¹⁸⁾³⁹⁾、信仰や実践により到達する心の安らぎ²⁰⁾⁴⁰⁾とする内容が含まれていた。

《安定している》とは、いつもいる場所や暮らしている場所が安心の場となること³⁹⁾、心が落ち着き安定する状態³⁰⁾、社会的不確か性が存在しない³¹⁾、信仰や実践により到達する不動の境地²⁰⁾という内容を含んでいた。

《信頼が築かれている》とは、安全・安心に関係する者の中で信頼が築かれる状態⁴¹⁾、相手が自分を搾取する意図をもっていないという期待の中での自己利益の評価³¹⁾、リスク管理責任者への信頼により安心がもたらされる²⁶⁾ことなどを示していた。

《安全が保障されている》は、安全についての信頼であり安全の保障である²⁵⁾、安全を基にした主観的な感覚を保障しようとするもの²³⁾であった。

《できると信じている》とは、判断と選択の範囲を自

分の内に置き自己解決できることが安心の拠点となる³⁹⁾、何かあったとしても受容できると信じていること⁴¹⁾、脅威への対応方法を理解するという内容⁴²⁾などであった。

《求めるもの》とは、人々が求める重要な目標であり²⁸⁾、無限定的要求²⁹⁾などであった。

《主観的なもの》には、主観的性格があり私的な価値を持つ²²⁾、安心は個人の主観的な判断に大きく依存する⁴¹⁾、定量的なデータとして扱うことの上に乗切らない世界²⁸⁾、心配・不安がない主体的²⁵⁾・主観的な心の問題⁴³⁾、安心は主観的であり定性的なもの³¹⁾という内容が含まれていた。

3. 看護における安心

国内文献22件を分析対象とし、Rodgers⁴²⁾の概念分析の手順を参考に文献を検討した。Rodgersは、概念は時代や状況によって変化し発展すると考え、概念の使われ方や文脈に焦点をあて、概念の属性を明らかにしていく属性理論に基づいている。「安心」という概念は、看護実践の場や育児支援の場で日常的に用いられているが、曖昧なまま用いられており、概念の明確化を行う上でRodgersの概念分析が適していると考えた。

対象とした文献の内容を見ると、精神疾患患者への看護10件、周手術期の看護3件、在宅看護3件であり、他に救急外来での看護、認知症高齢者へのケア、高齢者の健康、小児へのケア、分娩期のケアという内容が含まれていた。子育てに関する文献はみられなかった。

対象文献では安心という概念が明確に定義されずに用いられているものが殆どであったことから、安心についての記述内容を文脈から読み取り、先行要件、属性、帰結という時間軸に沿って分類した。分析の視点として、対象者が感じる安心について説明されている内容を属性とした。次に、何によって安心がもたらされたのかについて説明されている内容を先行要件としたが、殆どが看護ケアや看護職の関わりとして記述されていた。また、対象者が安心を得ることによってもたらされるものには、対象者側だけではなく、看護職側にももたらされるものがあることから、看護職・対象者にもたらさせる結果とした。先行要件として分類できた看護職のかかわりを表2に、属性として分類された対象者が感じる安心を表3、そして帰結を表4に示す。

1) 看護職のかかわり

先行要件として分類された看護職のかかわりには、《信頼関係をつくる》《受容する》《そばにいる》《情報を提供する》《環境を整える》というカテゴリーが12件の文献から抽出された。

《信頼関係をつくる》とは、看護職と対象者の間での信頼関係の構築⁴⁷⁾⁴⁸⁾⁴⁹⁾⁵⁰⁾であった。

表1 安心の特性

| 特 性 | 内 容 | 文 献 |
|------------------------|--|--------------------|
| 心が安らいでいる | 心配・不安がなく、心が安らぐこと。また、安らかなこと | 広辞苑 (2008) 18) |
| | 心の平安、平穏が安心である | 谷口(2002) 39) |
| | 信仰や実践により到達する心の安らぎ | 仏教辞典 (1989) 20) ※1 |
| | 身体・心理・社会・霊的に心配・不安がなく心が安らぐこと | 小島 (2007) 40) |
| 安定している | いつもいる場所や暮らしている場所が安心の場であり、日常が安心の拠点となる | 谷口(2002) 39) |
| | 心が落ち着き安定する状態 | 酒井(2003) 30) |
| | 人が知識・経験を通じて予測している状況と大きく異なる状況にならないと信じていること | 懇談会(2004) 41) ※2 |
| | 信仰や実践により到達する不動の境地 | 仏教辞典 (1989) 20) ※1 |
| | 社会的不確実性が存在しない状況についての認知 | 山岸(1996) 31) |
| 信頼が築かれている | 安全・安心に関係する者の中で、社会的に合意されるレベルの安全を確保しつつ、信頼が築かれる状態 | 懇談会(2004) 41) ※2 |
| | 相手が自分を搾取する意図をもっていないという期待の中で、相手の自己利益の評価に根差した部分 | 山岸(1996) 31) |
| | 政府や企業などのリスク管理責任者への信頼により安心がもたらされる | 中谷内(2006) 26) |
| 安全が保障されている | 安心は安全についての信頼であり安全の保障である | 久米(2005) 25) |
| | 安全であること | 中谷内(2006) 26) |
| | 安心は安全を基にした主観的な感覚を保障しようとするもの | 吉川(2006) 23) |
| できると信じている | 判断と選択の範囲を自分内に置き、自己解決できることが安心の拠点となる | 谷口(2002) 39) |
| | 何かあったとしても受容できると信じていること | 懇談会(2004) 41) ※2 |
| | 脅威への対応方法を理解する | 長谷川(2009) 42) |
| | いざというときの心構えを忘れずそれが保たれている状態 | 懇談会(2004) 41) ※2 |
| | 自己への精神集中によってその境地を目指すもの | 仏教辞典 (1989) 20) ※1 |
| 求めるもの | 無限定的要求である | 児玉 (2000) 29) |
| | 人々が求める重要な目標である | 村上(2005) 28) |
| | 人が最も求めるのは幸せではなく安心である | 加藤 (2006) 44) |
| | 心理的・精神的対応により得られる主観的指標 | 児玉 (2000) 29) |
| 主観的なもの | 主観的性格があり私的な価値を持つ | 神里(2004) 22) |
| | 安心は個人の主観的な判断に大きく依存する | 懇談会(2004) 41) ※2 |
| | 不安と安心は定量的なデータとして扱うことの上に乗っ切らない世界である | 村上(2005) 28) |
| | 安心は心配・不安がない主体的・主観的な心の状態 | 久米(2005) 25) |
| | 安心は主観的であり、定性的なもの | 山岸(1996) 31) |
| | 心の状態 | 中谷内(2006) 26) |
| | 安心は主観的な概念 | 吉川(2006) 23) |
| | 相手に対する情緒的安定による主観的評価と安心感とは同義である | 日景(2007) 45) |
| 安心は主観的な心の問題 | 橋本(2007) 43) | |
| 安心は安全対策に対する利用者等の主観的な感情 | 村山(2009) 46) | |

※1 佛教辞典(1989)は岩波佛教辞典(1989)を示す
 ※2 懇談会(2004)は、安全・安心な社会の構築に資する科学技術政策に関する懇談会(2004)を示す

《受容する》とは、受動的態度で接することや⁵¹⁾、対象者の思いを受け入れ理解したことを示す⁵²⁾、一貫した受容⁵³⁾、共感⁴⁹⁾、共有⁵²⁾、傾聴⁴⁷⁾⁵²⁾などの働きかけが含まれていた。

《そばにいる》は、そばに寄り添い話を聴く⁵⁴⁾⁵⁵⁾、患者を出迎え常にそばにいる⁴⁸⁾、小児看護では子どもとともにいる⁵⁶⁾ という内容が含まれていた。

《情報を提供する》は、術前訪問での説明や手術室で行われる具体的な看護を知る⁴⁸⁾⁵²⁾、診察状況の情報提供⁵⁷⁾、具体的な知識を提供する⁵⁸⁾であった。

《環境を整える》には、安全な場所の提供と十分な休息⁴⁹⁾、リラックスした雰囲気⁵⁸⁾、アロマの香り⁵⁸⁾などが含まれていた。

表2 看護職のかかわり

| カテゴリー | 内 容 | 文 献 |
|----------|----------------------|---------------|
| 信頼関係をつくる | 信頼関係 | 荒木ら(2009) 58) |
| | より良い信頼関係 | 高橋ら(2008) 48) |
| | 看護者との信頼関係 | 宮川(2004) 49) |
| | 看護師との信頼関係 | 佐々木(2006) 50) |
| 受容する | 受動的態度で接したことの相互作用 | 照井ら(1992) 51) |
| | 患者の思いを受け入れ理解したことを示す | 望月ら(1999) 52) |
| | 手術の場で気持ちを共有する | 望月ら(1999) 52) |
| | 話に耳を傾けてくれた | 望月ら(1999) 52) |
| | 一貫した受容 | 山崎(2004) 53) |
| | 看護援助のプロセス「共感しながら向かう」 | 加藤(2008) 56) |
| | 共感的な関わり | 宮川(2004) 49) |
| | 傾聴する | 荒木(1998) 47) |
| そばにいる | そばにいる | 倉田(2001) 54) |
| | そばに寄り添い話を聴く | 津田(2006) 55) |
| | 患者を出迎え常にそばにいる | 高橋ら(2008) 48) |
| | 一緒についてきてくれる人がいる | 荒木(1998) 47) |
| | 子どもとともにいる | 加藤(2008) 56) |
| 情報を提供する | 術前訪問での説明 | 高橋ら(2008) 48) |
| | 手術室で行われる具体的な看護を知る | 高橋ら(2008) 48) |
| | 手術室での流れの説明 | 望月ら(1999) 52) |
| | 診察状況の情報提供 | 荒川(2002) 57) |
| | 具体的な知識を提供する | 荒木(1998) 47) |
| 環境を整える | 安全な場所の提供と十分な休息 | 宮川(2004) 49) |
| | リラックスした雰囲気 | 荒木ら(2009) 58) |

表3 対象者が感じる安心

| カテゴリー | 内 容 | 文 献 |
|-----------|---------------------------|---------------|
| 受け入れられている | 隠さなくてもいい | 北川ら(2002) 59) |
| | 自分を受け入れてくれる、認めてくれる | 高柳ら(1997) 60) |
| | 自分は受け入れられているという実感 | 照井ら(1992) 51) |
| つながりがある | さまざまな機会や場所とのつながり | 中村ら(2010) 61) |
| | 昔から親密度の高い人とのつながり | 中村ら(2010) 61) |
| | 情報とのつながり | 中村ら(2010) 61) |
| 信頼できる人がいる | 自分に対して何かしてくれる人だという実感 | 照井ら(1992) 51) |
| | 自分の気持ちをわかってくれる人がいる | 中村ら(2010) 61) |
| | 自分の力を信じ受け止めてくれる信頼できる人との関係 | 小林ら(2010) 62) |
| | 自分のことを分かってくれる | 佐々木(2006) 50) |
| できる感覚がある | 困った時にはいつでも戻れる | 長沢(1992) 63) |
| | 自己効力感の存在 | 中村ら(2010) 61) |
| | 自分の体をやりくりできる | 中村ら(2010) 61) |
| 不安がない | 大きな心配事や困りごとになっていない | 中村ら(2010) 61) |
| | 不安が解消されて落ち着ける | 石山ら(2014) 64) |

表4 看護職・対象者にもたらされる結果

| カテゴリー | 内 容 | 文 献 |
|--------|---------------------|--------------------------|
| 充足 | 充実感につながる | 阿保ら(2013) ⁶⁵⁾ |
| | ニードを満たす | 山崎(2004) ⁵³⁾ |
| 回復 | 身体的な危機状態から脱する | 北川ら(2002) ⁵⁹⁾ |
| | 精神症状の改善 | 津田(2006) ⁵⁵⁾ |
| | 不安な状況を乗り越える | 荒木(1998) ⁴⁷⁾ |
| 安定 | 穏やかに過ごす | 阿保ら(2013) ⁶⁵⁾ |
| | 在宅療養を早期に確実に安定させる | 中村ら(2010) ⁶¹⁾ |
| | 自我の安定 | 山崎(2004) ⁵³⁾ |
| 関係性の構築 | 看護者との関係性が成立 | 高柳ら(1997) ⁶⁰⁾ |
| | 交流が円滑化 | 照井ら(1992) ⁵¹⁾ |
| | 患者看護師間の相互作用を引き出す | 望月ら(1999) ⁵²⁾ |
| | 信頼感につながる | 望月ら(1999) ⁵²⁾ |
| | 患者-看護師関係の構築 | 荒木ら(2009) ⁵⁸⁾ |
| | 信頼関係を築く | 小林ら(2010) ⁶²⁾ |
| | 看護師への信頼の獲得 | 加藤(2008) ⁵⁶⁾ |
| 自立 | 自立に向けた行動がとれるまでに回復した | 北川ら(2002) ⁵⁹⁾ |
| | 主体的な行動 | 加藤(2008) ⁵⁶⁾ |
| | 自立した行動 | 加藤(2008) ⁵⁶⁾ |
| | 自立へ向かう | 山崎(2004) ⁵³⁾ |
| | 一人立ちを強めた | 倉田(2001) ⁵⁴⁾ |
| | 自分の意志で食べる | 小林ら(2010) ⁶²⁾ |
| | 自立に向かった主体的な行動変容 | 加藤(2008) ⁵⁶⁾ |

2) 対象者が感じる安心

属性として分類された対象者が感じる安心は、8件の文献から抽出された。《受け入れられている》《つながりがある》《信頼できる人がいる》《できる感覚がある》《不安がない》というカテゴリーに分類された。これは、対象者が安心と感じる状況や看護援助を受けて安心と感じていることとして表されていた。

《受け入れられている》には、隠さなくてもいい⁵⁹⁾、自分を受け入れて認めてくれる⁵¹⁾⁶⁰⁾という内容があった。

《つながりがある》には、さまざまな機会や場所とのつながり⁶¹⁾、親密度の高い人とのつながり⁶¹⁾、情報とのつながりなど⁶¹⁾、人とのつながりに限定されない社会的つながりが重要であることが示されていた。

《信頼できる人がいる》では、自分に対して何かしてくれる人だという実感⁵¹⁾、自分の気持ちをわかってくれる人がいる⁵⁰⁾⁶¹⁾、信頼できる人との関係⁶²⁾という内容であった。

《できる感覚がある》には、困った時にはいつでも戻れる⁶³⁾、自己効力感の存在⁶¹⁾、自分の体をやりくりできる⁶¹⁾であった。

《不安がない》には、心配事や困りごとになっていない⁶¹⁾、不安が解消されて落ち着ける⁶⁴⁾という内容が含ま

れていた。

3) 看護職・対象者にもたらされる結果

帰結として分類された看護職・対象者にもたらされる結果には、《充足》《回復》《安定》《関係性の構築》《自立》というカテゴリーに分類され、13件の文献より抽出された。

《充足》は、充実感につながる⁶⁵⁾、ニードを満たす⁵³⁾という内容であった。

《回復》には、身体的な危機状態から脱する⁵⁹⁾、精神症状の改善⁵⁵⁾、不安な状況を乗り越える⁴⁷⁾という内容が含まれていた。

《安定》は、穏やかに過ごす⁶⁵⁾、早期に確実に安定させる⁶¹⁾、自我の安定⁵³⁾であった。

《関係性の構築》では、看護者との関係性が成立⁵⁸⁾、患者看護師間の相互作用を引き出す⁵²⁾、看護師への信頼の獲得⁵²⁾⁵⁶⁾という内容が含まれていた。先行要件として示された《信頼関係をつくる》と類似した内容であったが、時間軸からみて安心と感じることによる帰結として表現されている内容を分類した。

《自立》には、自立に向けた行動がとれるまでに回復した⁵⁹⁾、主体的な行動⁵⁶⁾、自立した行動⁵³⁾⁵⁴⁾⁵⁶⁾、自立に向

かった主体的な行動変容⁵⁶⁾といった内容が含まれていた。

IV. 考 察

1. 安心をもたらす要因と看護援助

学際的な側面から安心を分析したところ、安心の特性として「心が安らいでいる」「安定している」「信頼が築かれている」「安全が保障されている」「できると信じている」「求めるもの」「主観的なもの」というカテゴリーが明らかにできた。一方、国内の看護実践の文献で示された先行要件として「信頼関係をつくる」「受容する」「そばにいる」「情報を提供する」「環境を整える」、属性として「受け入れられている」「つながりがある」「信頼できる人がいる」「できる感覚がある」「不安がない」、帰結として「充足」「回復」「安定」「関係性の構築」「自立」というカテゴリーが分類された。

共通するカテゴリーとしては、特性として示した「信頼が築かれている」、先行要件である「信頼関係をつくる」、属性である「信頼できる人がいる」、帰結である「関係性の構築」であった。看護実践においては、看護職と対象者間の信頼関係は安心をもたらす要因となり、安心を構成し、安心の結果としてさらなる信頼をもたらすという時間軸の中で循環するものであり、看護援助を提供する上で重要な要素となると考えられた。

特性として示した「できると信じている」と属性の「できる感覚がある」については、自分で解決することや備えができることを表していた。「できる」と思える体験がある母親と「できる」と思える体験がない母親がいることから⁶⁵⁾、いざという時の心構えや対応方法を理解しておくこと、看護職の関わりとして具体的な手順や情報を提供するという働きかけは、対象者のできるといふ感覚につながっていくものと考えられた。

また、親になるプロセスとして3年間母親の追跡研究をした研究では、母親はポジティブな出来事を感じし、自分自身のポジティブな側面に注目することができるようになり、それは遅くとも3か月から6か月の間に起こることが明らかにされている⁶⁷⁾。positive mildな情動³⁷⁾に位置づけられる安心に着目したアプローチが効果的な支援となり得ると考えられる。

2. 子育て中の母親への適応

国内での子育て中の母親の心理社会的側面からの研究では、育児不安という概念の他、肯定的側面からもその詳細や支援についての研究が積み重ねられている。育児不安という概念については曖昧なまま多様な意味合いで用いられる状況から、いくつかその言葉の定義がされており、「育児不安の本態は育児困難感であり、育児困難

感とは、育児への自信のなさ、困惑と子どもへのネガティブな感情、態度からなる心性である⁶⁸⁾、「子育てに適切にかかわれないほどに強い不安を抱いている状態⁶⁹⁾」という記述が挙げられる。

育児に関する肯定的な側面を捉えた研究では、清水⁹⁾が母親の育児幸福感の尺度開発の研究の中で、育児幸福感の下位概念として安心を取りあげていた。この研究では、育児中に感じる肯定的情動を育児幸福感とし、Lazarusの理論に基づき、安心、希望、愛情、喜び、感謝、同情、誇りの7項目の総称を育児幸福感と定義し、プログラムを開発している⁷⁰⁾⁷¹⁾。しかし尺度の構成因子に安心という言葉は含まれていない。

子育て中の母親に関して、安心を中心的テーマとした国内の研究はみられなかったが、スウェーデンにおいてPerssonらの一連の研究を挙げることができる。スウェーデンでの早期退院（出産後26時間以内の退院、通常は72時間後に退院）に関連する出産後の親の安心に関して測定尺度の開発に至る研究が行なわれている。早期退院を選択した両親の経験に影響する要因を明らかにするためにグラウンデッドセオリー法を用いて、安心sense of securityがコアカテゴリーとなることを見だし¹⁵⁾、尺度開発も行っている¹⁶⁾。この尺度は、看護職からの支援感、一般的ウェルビーイング感、家族の親和感、母乳栄養のマネージメント感を下位概念としている。さらに、産後1週の母親の安心感に影響する要因には、スタッフからの支援（個人に応じている、適切な情報提供、産後の生活に備えられる、質問できる人がいる）、家族からの支援（身近にパートナーや重要他者がいる）、その女性と子どもの能力と健康（母と子のそれぞれのリソース、母親自身の身体的健康が良好である、退院後の子どものフォローアップがある）という要因があることを明らかにしている¹⁷⁾。これら一連の結果から、出産後早期の安心は、看護職からの支援感、家族の親和感、ウェルビーイング感、母乳栄養のマネージメント感の4因子で構成され、看護職や家族からの支援とその女性の健康状態や能力に影響を受けていることが示されている。

本研究の看護における安心の先行要件としては、看護職のかかわりのみであった。しかし、Perssonらは、看護職からの支援の他に、家族からの支援、身近な重要他者の存在、産後の身体状況や母乳育児、子どものフォローアップ体制などからも影響を受けていることが示されており、多様なアプローチが安心につながっているとしている。これらの結果は、出産後の安心に限定されるが、産後から継続する子育て支援を評価する上でも重要な視点である。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の看護における安心については、タイトル中に安心が含まれる原著論文を分析した結果であり、看護学領域すべてを反映しているとは言い難い。特に、子育て支援においては、タイトル中に安心を含めた論文はみられなかったことから、本研究の結果をそのまま子育て支援に活用するには限界がある。分析対象範囲を拡大することや、実践の場からの対象者の声を反映させるなどの分析を加える必要がある。

また、安心の特性として示された「心が安らいでいる」>>「安定している」については、国内の看護実践の文献ではほとんど記述されておらず、自明のこととして説明がされていないことも考えられた。Andersson-Segesten⁷²⁾は、安心は内的な側面と外的な側面を持つことを示し、内的側面とは平穏であったり信頼できたり調和がとれているときに現れる感情や状態、外的側面とは物質的な安全や環境的な安全、対人関係、状況対応への自信などとしている。内的側面は個人に内在し、外的側面と比較すると明瞭に表すことが難しい面も考えられる。しかしながら、Kolcaba⁷³⁾が comfort理論を開発した際、看護援助のアウトカムとしての定義づけを行ったように、安心という言葉が看護の場において用いられ、対象者からも頻りに聞かれる言葉でもあることから、看護援助のアウトカムとして定義づけられ説明できることが必要と考える。

V. 結 語

看護実践の文献においては、看護職と対象者間の信頼関係、対象者ができると感じる関わりが重要であることが示されていた。母親のポジティブな側面のひとつとして安心に着目した働きかけを行うこと、看護援助のアウトカムとして定義づけられることが必要と考えられた。概念を明確化することにより、看護職の行う支援や子育て環境を評価する指標の開発へと発展させていくことが期待できる。

文 献

- 1) 吉田孝子：育児相談における母親のニーズと保健婦の役割，大阪府立看護大学紀要，6(1)，51-58，2000.
- 2) 千葉千恵美，細川美千恵，新井基子他：子ども・家族支援センターのプレママ教室における妊婦への評価，高崎健康福祉大学紀要，(14)，83-90，2015.
- 3) 頭川典子，安田貴恵子：育児の悩みを話し合うグループに参加した3人の母親の経験，日本地域看護学会

- 誌，13(2)，38-45，2011.
- 4) 大西竜太，深川周平，石間のどか他：新生児家庭訪問における信頼関係構築 母親の反応に対する保健師の判断を通して，日本地域看護学会誌，15(1)，89-98，2012.
- 5) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生指標増刊・第62巻第9号，113，厚生労働統計協会，東京.
- 6) 原田正文：子育ての変貌と次世代育成支援，173-179，2006，名古屋大学出版会，名古屋.
- 7) 佐藤厚子，北宮千秋，李相潤，面澤和子：保健師・助産師による新生児訪問指導事業の評価育児不安軽減の観点から，日本公衆衛生雑誌，52(4)，328-337，2005.
- 8) 恒次欽也，庄司順一，川井尚：いわゆる育児不安に関する調査研究(2)：最新版質問紙による「育児困難感」の規定要因に関する研究，愛知教育大学研究報告 教育科学，49，125-132，2000.
- 9) 清水嘉子，関水しのぶ，遠藤俊子他：母親の育児幸福感 尺度の開発と妥当性の検討，日本看護科学学会誌，27(2)，15-24，2007.
- 10) 前原邦江，森恵美：産褥期における母親役割の自信尺度と母親であることの満足感尺度の開発 信頼性・妥当性の検討，千葉大学看護学部紀要，27，9-18，2005.
- 11) 島田真理恵，恵美須文枝，長岡由紀子：産褥期育児生活肯定感尺度改訂に関する研究，日本助産学会誌，16(2)，36-45，2003.
- 12) Beth L. Rodgers， Concept Analysis An Evolutionary View， (Beth L. Rodgers & Kathleen A. Knafel: Concept Development in Nursing second edition, 77-102, 2000, Saunders, Philadelphia.
- 13) 岩瀬貴子，野嶋佐由美：安心の概念分析，高知女子大学看護学会誌，39(1)，2-16，2013.
- 14) 岩瀬貴子，野嶋佐由美：安心の尺度開発 信頼性と妥当性の検討，高知女子大学看護学会誌，40(2)，81-91，2015.
- 15) Persson E. K. & Dykes A. -K: Parents' experience of early discharge from hospital after birth in Sweden, Midwifery, 18, 53-60, 2002.
- 16) Persson E. K., Fridlund B. & Dykes A. -K: Parents' postnatal sense of security (PPSS): development of the PPSS instrument, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21, 118-125, 2007.
- 17) Persson E. K. & Dykes A. -K: Important variables for parents' postnatal sense of security:

- evaluating a new Swedish instrument (the PPSS instrument), *Midwifery*, 25, 449-460, 2009.
- 18) 新村出: 広辞苑第六版, 2008, 岩波書店, 東京.
- 19) 小学館国語辞典編集部: 日本国語大辞典第一版第一巻, 557, 2000, 小学館, 東京.
- 20) 中村元, 田村芳朗, 末木文美士: 岩波仏教辞典第二版, 22, 1989, 岩波書店, 東京.
- 21) Hisao Inagaki: 日英佛教語辞典, 8, 1984, Nagata Bunnshodo, Kyoto.
- 22) 神里達博: 序論「安全・安心」言説の登場とその背景, *科学技術社会論研究*, 3, 72-84, 2004.
- 23) 吉川肇子, 武村和久, 藤井聡: 第5章安全から安心へ(堀井秀之編) *安全安心のための社会技術*, 287-289, 2006, 東京大学出版会, 東京.
- 24) 金子毅: 「安全」と「セーフティ」をめぐる語源的考察「安全安心社会」の実現に向けての文化試論, *埼玉大学紀要 教養学部*, 45(2), 23-32, 2010.
- 25) 久米均: 今なぜ安全・安心か, *学術会議叢書 8 食の安全と安心を守る*, 10-18, 2005.
- 26) 中谷内一也: リスクのものさし *安全安心生活はありうるか*, 236-244, 2006, 日本放送協会出版, 東京.
- 27) 村上陽一郎: *安全学*, 192, 1998, 青土社, 東京.
- 28) 村上陽一郎: *安全と安心の科学*, 36-38, 2005, 集英社新書, 東京.
- 29) 児玉桂子・小出治編著: *新時代の都市計画第5巻 安全・安心まちづくり*, 2-13, ぎょうせい, 2000.
- 30) 酒井幸美, 守川伸一, Hafsi Med他: 原子力発電所に対する安心感の構造—「安心」のイメージに関する調査をもとに, *原子力安全システム研究所INSS JOURNAL*, 10, 10-21, 2003.
- 31) 山岸俊男, 渡部幹, 林直保子他: 社会的不確実性のもとでの信頼とコミットメント, *社会心理学研究*, 11(3), 206-216, 1996.
- 32) 山岸俊男: *安心社会から信頼社会へ*, 21, 1999, 中央公論新社, 東京.
- 33) Harry Stack Sullivan (著), 中井久夫, 山口隆(訳): *現代精神医学の概念*, 22-23, 1976, みすず書房, 東京.
- 34) 氏原寛, 東山紘久, 山中康裕他: *心理臨床大辞典*, 999-100, 1992, 培風館, 東京.
- 35) Chapman AH (著), 作田勉監(訳): *サリヴェン治療技法入門*, 65, 1979, 星和書店, 東京.
- 36) Lazarus RS (著), 本明寛(訳): *ストレスと情動の心理学 ナラティブ研究の視点から*, 263, 実務教育出版, 東京, 2004.
- 37) 今田寛: *情動研究の最近の動向を探る*, 感情心理研究, 9(1), 1-22, 2002.
- 38) 門地里絵, 鈴木直人: 状況からみた安堵感の因子構造—緊張からの解放とやすらぎ, *心理学研究*, 71(1), 42-50, 2000.
- 39) 谷口正和: コンセプトは「安心」—急拡大する自己防衛市場, 23-36, 2002, 東洋経済新報社, 東京.
- 40) 小島操子: 第1回高知大学看護学会特別講演 *安心を創る看護実践*, *高知大学看護学会誌*, 1(1), 41-50, 2007.
- 41) 安全・安心な社会の構築に資する科学技術政策に関する懇談会: 「安全・安心な社会の構築に資する科学技術政策に関する懇談会」報告書, 6-8, 2004.
- 42) 長谷川文雄: 未来からの脅威—ゆらぎ始めた暮らしの安心・安全, 100-122, 2009, NTT出版, 東京.
- 43) 橋本直樹: *食品不安—安全と安心の境界*, 84, 178-180, 2007, 日本放送出版協会, 東京.
- 44) 加藤諦三: *不安の心理 安心の心理*, 6-7, 2006, 大和書房, 東京.
- 45) 日景奈津子, 村山 優子: 情報セキュリティ技術に対する安心感要因の考察, *情報処理学会研究報告*, 16, 333-338, 2007.
- 46) 村山優子, 藤原康宏: *トラストの感情としての安心 およびその要因について*, *日本信頼性学会誌*, 31(1), 41-46, 2009.
- 47) 荒木佳子: *開心術患者が術前の不安な状況を乗り越えていくための安心感につながる看護とは 患者-看護婦関係における信頼についての一考察*, *神奈川県立看護教育大学校事例研究集録*, 21, 1-4, 1998.
- 48) 高橋ひろみ, 坂本早苗, 三野圭子他: *安心提供に向けての取り組み 術前訪問の内容の検討*, *パンフレットの改善を試みて*, *岩見沢市立総合病院医誌*, 34(1), 35-39, 2008.
- 49) 宮川弘一: *思春期危機症患者との治療的信頼の一考察 回復過程における安心と信頼の効果*, *日本精神科看護学会誌*, 47(2), 182-186, 2004.
- 50) 佐々木ルミ: *患者-看護師の信頼関係の発展が患者の行動変容を促進する 入浴を拒否する統合失調症患者への安心感がもたらす効果について*, *全国自治体病院協議会雑誌*, 45(4), 135-136, 2006.
- 51) 照井レナ, 宮越不二子, 福田光子: *対人恐怖のある精神分裂病患者の看護 支持・安心を与える接触*, *クリニカルスタディ*, 13(10), 951-956, 1992.
- 52) 望月俊江, 佐藤ちあき, 辻稔他: *看護婦の術前訪問の関わりが手術患者の安心感に及ぼす影響*, *オペナーシング*, 14(2), 193-196, 1999.
- 53) 山崎良子: *退行により不安を表出する患者への看護 母性的関わりによる安心感獲得への援助*, *日本精神科看護学会誌*, 47(1), 41-44, 2004.

- 54) 倉田みゆき: 強い不安から対人距離を保ちにくい分裂病児への看護 安心感を提供する患児・看護婦間の心理的距離を考える, 日本精神科看護学会誌, 44(1), 348-351, 2001.
- 55) 津田優: 急性期における青年期患者への安心感を与える看護援助 青年期危機的状况から統合失調症を発症した事例を通して, 日本精神科看護学会誌, 49(2), 153-157, 2006.
- 56) 加藤令子: 痛みを伴う治療や検査を受ける年長幼児への「伝え方」に関わる看護援助 子どもが"安心"していただける関わりとは, 日本看護科学会誌, 28(3), 14-23, 2008.
- 57) 荒川真由美, 齊藤孝子, 大高洋子他: 救急外来において安心して待つことができる言葉かけの効果, 西尾市民病院紀要, 13(1), 125-130, 2002.
- 58) 荒木菜穂子, 松野淳子, 角野仁彦: 認知症高齢者に対する安心感をもたらす看護 アロマセラピーを介したコミュニケーションをとおして, 日本精神科看護学会誌, 52(2), 484-488, 2009.
- 59) 北川理絵, 中井珠美, 伊藤琴美: 症状外在化に焦点を当てた摂食障害患者の看護 安心感を与えることの意味, 日本精神科看護学会誌, 45(2), 282-286, 2002.
- 60) 高柳七子, 伊藤あや子: 人格障害を伴う摂食障害患者の看護 本人の安心できる治療的環境について, 日本精神科看護学会誌, 40(1), 156-158, 1997.
- 61) 中村順子, 木下彩子, 阿部範子他: 日本赤十字秋田看護大学日本赤十字秋田短期大学紀要, 14, 9-16, 2010.
- 62) 小林由起子, 安達洋子: 看護師-患者関係における安心感の保障 長期入院患者の自尊感情を高めるかかわりの一事例, 日本精神科看護学会誌, 53(1), 252-253, 2010.
- 63) 長沢つるよ: 生をたたかう患者と家族を支える 在宅療養移行時の家族への対応 安心感につながる援助を, Nurse eye, 5(9), 19-23, 1992.
- 64) 石山恵子, 齊藤充: 隔離中の患者に安心を与える看護師のかかわり 保護室入室経験のある患者から聞く思い, 第21回日本精神科看護学術集会専門I看護研究論文, 日本精神科看護学術集会誌, 57(2), 45-49, 2014.
- 65) 阿保友里佳, 坪井桂子, 川崎陽子他: 介護老人保健施設における重度認知症高齢者と家族が安心感を得るための看護援助の検討 コミュニケーションノートを用いた家族関係の調整に焦点を当てて, 日本看護学会論文集: 老年看護, 43, 70-73, 2013.
- 66) 小林康江: 産後1ヶ月の母親が「できる」と思える子育ての体験, 母性衛生, 47(1), 117-124, 2006.
- 67) 氏家達夫: 親になるプロセス, 220-245, 1996, 金子書房, 東京.
- 68) 川井尚, 庄司順一, 千賀悠子他: 育児不安に関する臨床的研究-5-育児困難感のプロフィール評定質問紙の作成, 日本子ども家庭総合研究所紀要, (35), 109-143, 1998.
- 69) 大日向雅美, 育児不安こころの科学, 9-15, 2002, 日本評論社, 東京.
- 70) 清水嘉子, 遠藤俊子, 松原美和他: 子育て期をより幸福に過ごすための母親の工夫とその効果, 日本助産学会誌, 21(2), 23-35, 2007.
- 71) 清水嘉子, 関水しのぶ, 遠藤俊子: 母親の育児幸福感を高めるプログラムの実施と評価, 日本看護科学会誌, 29(1), 41-50, 2009.
- 72) Andersson-Segesten K: Patients' experience of uncertainty in illness in two intensive coronary care units, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 5(1), 43-7, 1991.
- 73) Katharine Kolcaba (著) 太田喜久子 (訳): コルカバ コンフォート理論 理論の開発と過程と実践への適用, 1, 2008, 医学書院, 東京.

活動と資料

集団音楽療法によって高齢者が抱いた自己概念

高岡 有希¹⁾, 横井 和美²⁾¹⁾京都府立医科大学病院看護部²⁾滋賀県立大学人間看護学部

加齢による身体的変化や社会参加の変化によって様々な喪失体験をもつ高齢者の自己概念を理解することは高齢者の心理的な健康支援には重要である。本研究は、何らかの喪失体験をもつ高齢者に対して、集団音楽療法が自己概念を変容していく関わりであるのかを検討するために、集団音楽療法に参加した高齢者から、集団音楽療法によって高齢者が抱いた自己概念を明らかにした。集団音楽療法を受けている高齢者11名を対象に集団音楽療法終了後、自己に対して抱いた思いについてインタビューを行い逐語録語より質的帰納的分析を行った。

その結果、集団音楽療法で高齢者が抱いた自己概念として263のコードと22のサブカテゴリー、【老いていく中で認識している自己】【音楽によって身体的・心理社会的に影響を受けた自己】【音楽活動を通して現在の状態を評価している自己】【音楽をすることで他者に認められた自己】【音楽によって気づいた過去の自己】【音楽を通して抱いた未来の自己】の6つのカテゴリーが抽出された。集団音楽療法に参加した高齢者は、高齢者は老いを意識する中、現在の自己を意識し適応範囲の判断や現在の自己を再評価し肯定的に未来を生きる自己をイメージしていた。

キーワード 高齢者、集団音楽療法、自己概念

I. 緒言

高齢者は、加齢による身体の機能低下や社会参加への変化を感じながら生活している。高齢社会の急激な進行により我が国の医療福祉政策では、高齢者においても自己の健康や社会適応を意識した介護予防生活の遂行と在宅生活を継続するための方法が検討されている。人生の最終段階として重要な時間を過ごす老年期において、どのような人生を歩むかは高齢者によりそれぞれであるが、老年期には一般的に3つの喪失¹⁾があるといわれている。

1つ目は健康の喪失である。これは加齢により身体機能や認知機能が低下することで、今まで自分でできていたことを他人に頼らなければならない状況に適応する必要が出てくるものである。2つ目は経済的依存に伴う経済的喪失である。これは収入の源となる仕事をやめることから主にやってくる。経済的喪失への適応のためには十分にお金を準備しておくにこしたことはないが、現実的には難しい面がある。3つ目は役割の喪失である。これは仕事をはじめとする役割を喪失することであるが、変わりの役割を見つけたり他に向けたりしていくことで心理的安定につながるとされている。

このような喪失体験をする中で、高齢者の自己概念として下仲²⁾は、現在の自己は加齢とともに肯定的に発達していくが、未来の自己の肯定視については成人期をピークにして徐々に低下すると報告している。すなわち、高齢者の自己概念は様々な経験を乗り越えてきた自己への肯定視はあるが、残りの人生が短く未来の自己を肯定視できない状態にある。自己概念は個別的な相違があるとは言え、何らかの喪失体験をもつ高齢者に対して自己概念が肯定的に変容していくような関わりが高齢者支援には必要であると考えられる。

Self-concepts of elderly people formed through group music therapy

Y. Takaoka¹⁾, K. Yokoi²⁾

¹⁾University Hospital Kyoto Prefectural University of Medicine

²⁾The University of Shiga Prefecture School of Human Nursing

2016年9月30日受付、2017年1月9日受理

連絡先：横井 和美

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail : yokoi@nurse.usp.ac.jp

音楽療法の音楽を通して生理、心理、社会的にアプローチし、地域におけるコミュニケーション手段として、あるいは心身の機能低下予防などに用いる³⁾とされ、近年、高齢者福祉の現場では介護予防の目的で高齢者を対象に音楽療法が取り入れられている。その効果として、認知症予防への効果や血圧低下、不安やうつ⁴⁾の軽減、QOLの向上等の報告⁴⁾がある。しかし、実際の高齢者に対する音楽療法は集団で行われているにもかかわらず集団音楽療法としての効果としては報告されていない。高齢者と言え年齢や今までの生活背景は異なり、以前からの顔見知りではない高齢者たちは、この集団音楽療法をどのように受け入れて参加し、どのような自己を認識しているのか、高齢者自身が感じている効果は明らかになっていない。何らかの喪失体験をもつ高齢者に対して、集団音楽療法が自己概念を変容していく関わりであるのかを検討するために、集団音楽療法に参加した高齢者から集団音楽療法によって高齢者が抱いた自己概念を明らかにした。

II. 用語の定義

集団音楽療法：音楽療法は、「音楽のもつ生理的、心理的、社会的働きを用いて、心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、動の変容などに向けて、音楽を意図的、計画的に使用するものを言う」⁵⁾と日本音楽療法学会が定義している。本研究での集団音楽療法は、日本音楽療法学会認定音楽療法士が実施した集団に対する音楽療法であり、対象者に応じて音楽の力を意図的、計画的に使用し歌唱を中心に合唱や合奏を取り入れたものである。

自己概念：自己概念について、梶田⁶⁾は「自己概念は、自分自身についての意識や記憶、感情や価値づけ、等々からなる構造的なゲシュタルトであって、必ずしもそのすべてが現実の意識として現れるわけではないが、その時々の自己意識をその土台において支え、枠づけられているものとして考える。」と述べている。本研究での自己概念は、その人が自分自身について意識した自己の記憶、感情、身体的特徴、能力、価値観など、自己に対して語ったものとした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

集団音楽療法に参加した高齢者がどのような自己概念を抱いたのかを明らかにするため、半構造化面接による質的記述的研究である。

2. 研究対象者

研究対象者は、居宅生活の中で音楽療法士による集団音楽療法を6か月以上受けている65歳以上の高齢者で、インタビューに受け答えができる認知機能を有し、研究の趣旨に同意の得られた11名とした。研究対象者が参加している集団音楽療法は、日本音楽療法学会認定音楽療法士が行い、1回約2時間実施され、カルチャー教室では2週間に1回程度、デイサービスは週に一回の頻度で行われ、音楽療法における集団の規模は10～20名であった。

3. データ収集方法

対象者が参加している集団音楽療法の場に同席し音楽療法が終了した後、対象者に研究の目的を説明し協力を求めた。研究への協力と同意が得られた対象者に対してインタビューを実施する時間と場所の希望を聴取し調整した後、プライバシーの確保できる場所で個別に半構造化面接を行った。インタビューは、インタビューガイド(①音楽療法後の気持ち、気分はどうか。②集団音楽療法を受けるようになり自分について変わったことはありますか。等)に基づき30分程度の面接を行い、集団音楽療法に参加して自己に対して抱いた思いについて語られた内容をICレコーダーにて録音をした。期間は2014年8月～12月の5ヶ月である。

4. 分析方法

ICレコーダーに録音した内容から逐語録を作成し、集団音楽療法で高齢者が抱いた自己概念について述べている内容を抽出しコード化し、意味内容の類似性による分類と命名を繰り返して抽象度を高めカテゴリー化した。分析のプロセスでは、逐語録を読み返し、吟味し、分析内容を研究者間で検討し、意味内容について対象者に確認を行うなどデータの信頼性を高めた。

5. 倫理的配慮

対象者には事前に研究の概要を説明し紙面で同意を得た後、実施日においても口頭にて再度同意を得て実施した。匿名性を確保してICレコーダー面接内容を録音し逐語録を作成した。データは研究者が研究期間中、研究者の責任の下に管理し研究終了後に責任を持って破棄することとした。本研究は滋賀県立大学の倫理審査委員会(407号)の承認を得て行った。

IV. 結果

研究対象者の11名は全員女性で在宅生活をしている66歳～95歳の高齢者であった。研究対象者のうち7名はカルチャー教室における音楽療法に参加している者であり、

4名はデイサービスにおける音楽療法を任意に受けている者であった。研究対象者の属性を表1に示した。インタビューを分析した結果、高齢者が認識している自己概念として263のコードと22のサブカテゴリーが抽出され、【老いていく中で認識している自己】【音楽によって身体的・心理社会的に影響を受けた自己】【音楽活動を通して現在の状態を評価している自己】【音楽をすることで他者に認められた自己】【音楽によって気づいた過去の自己】【音楽を通して抱いた未来の自己】という6つのカテゴリーが抽出された(表2参照)。以下、6つのカテゴリーは【 】、22のサブカテゴリーは『』、代表的なコードは<>で表す。

表1 対象者の概要

| | 年齢 | 性別 | 音楽療法の参加場所 | 参加頻度 |
|----|-----|----|-----------|----------|
| A氏 | 75歳 | 女性 | カルチャー教室 | 2週間に1回程度 |
| B氏 | 73歳 | 女性 | カルチャー教室 | 2週間に1回程度 |
| C氏 | 81歳 | 女性 | カルチャー教室 | 2週間に1回程度 |
| D氏 | 71歳 | 女性 | カルチャー教室 | 2週間に1回程度 |
| E氏 | 79歳 | 女性 | カルチャー教室 | 2週間に1回程度 |
| F氏 | 71歳 | 女性 | カルチャー教室 | 2週間に1回程度 |
| G氏 | 66歳 | 女性 | カルチャー教室 | 2週間に1回程度 |
| H氏 | 83歳 | 女性 | デイサービス | 週に1回 |
| I氏 | 74歳 | 女性 | デイサービス | 週に1回 |
| J氏 | 81歳 | 女性 | デイサービス | 週に1回 |
| K氏 | 95歳 | 女性 | デイサービス | 週に1回 |

1. 【老いていく中で認識している自己】

このカテゴリーは、『現状に不安をもっている自己』『昔とは違う自己の認識』『自己の性格についての認識』の3サブカテゴリーで構成され、老いていく中で認識している現在の自己について語られたコードが含まれた。

『現状に不安をもっている自己』の代表的コードは、<年を重ねる中でいつまでデイサービスに通えるかという不安><これからも人に助けをもらおう立場になることを感じている><一人暮らしで持病があるため未来に不安を抱くことがある>など現在の不安を語ったものが挙げられる。『昔とは違う自己の認識』の代表的コードは、<若い時とは違い、年をとって寂しさがでてきた><気持ちは若い体がついていかない><以前はコーラスで気持ち良く歌えたが歳で歯が悪くなり、差し歯や入れ歯で思いっきり歌えない>などと老いを意識したコードが含まれた。また、『自己の性格についての認識』の代表的コードには、<もともと性格が明るい><開けっぴろげな性格><痛みがあり見かけとは違う自分><もともと人と接することが好きで、家にこもるよりも出かけた

い性格>などが挙げられる。

2. 【音楽によって身体的・心理社会的に影響を受けた自己】

このカテゴリーは、『音楽に対する自己の認識』『音楽療法で得られた感情』『音楽が好きという自己の認識』『音楽療法によってよくなった身体の変化の認識』『音楽活動によって変化した自己の考えや見方』『音楽の生活への影響を感じている自己』と5つのサブカテゴリーで構成され、音楽療法を受けた感情や認識と変化した自己の感情や行動の認識について語られたコードが含まれた。

『音楽に対する自己の認識』の代表的コードは、<音楽の力の大きさを感じる><落ち込みそうになった時に音楽を聴くと忘れる><寝られない時に音楽を聴くと寝られる>などと音楽が自分にとってどのようなものかを語ったコードが挙げられる。『音楽療法で得られた感情』には、<音楽療法により気分がよくなる><音楽療法により心が落ち着く><普段家で生活しているときよりも音楽活動する時の方が楽しい>など音楽療法にとって得られた快感情のコードが挙げられ、『音楽が好きという自己の認識』には、<前は音楽が大嫌いだったが、歌が好きになった><元から音楽が好き>と音楽に対して現在の思いを語ったコードが挙げられる。

さらに、『音楽療法によってよくなった身体の変化の認識』の代表的コードは、<音楽療法を受けるようになり声が出るようになった><音楽療法の発声練習により発声の方法がわかるようになって大きな声が出せるようになった>など音楽活動を通して気づいた変化した身体の変化の認識を語ったコードが含まれた。また、『音楽活動によって変化した自己の考えや見方』には<歌声サロン(音楽療法)にきて明るくふるまうようになった><暗くなっていたものの考え方が、生きているだけで儲けがもらえると前向きな考えになった>というように、音楽活動を通して気づいたのは身体の変化だけでなく考えや見方について語られたコードが挙げられる。さらに『音楽の生活への影響を感じている自己』には、<テレビ番組を観て一緒に歌うようになった><音楽療法を受けた方が気分転換となり仕事が捗る><自分の時代に合った曲ばかりをするため入りやすい>などが挙げられる。

3. 【音楽活動を通して現在の状態を評価している自己】

このカテゴリーは、『今の状態を知り無理をしないことを意識している自己』『まだまだやれると評価している自己』『生活に音楽を取り入れて楽しんでいる自己』『音楽を一緒にする人に対する自己の感情』『音楽活動をしている自己への満足感』『現在の自己の状況に対する肯定的な評価』と6つのサブカテゴリーで構成され、音楽療法を含む音楽活動を行っている自己に対する感情と

表2. 集団音楽療法で高齢者が抱いた自己概念

| コード (生データ抜粋) | サブカテゴリー | カテゴリー |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 年を重ねる中でいつまでディサービスに通えるかという不安 | 現状に不安をもっている自己 | 老いていく中で認識している自己 |
| これからも人に助けてもらう立場になることを感じている | | |
| 一人暮らしで持病のため未来に不安を抱くことがある | | |
| 家で一人の時はだらだらするだけ | 昔とは違う自己の認識 | |
| 若い時とは違い、年をとって寂しさがでてきた | | |
| 気持ちは若い体が追い付かない現状 | | |
| 理想の音程の音を出すことができないのが嫌 | | |
| 以前はコーラスで気持ち良く歌えたが歳で歯が悪くなり、差し歯、入れ歯で思いっきり歌えない | | |
| 痛みがあり見かけと違う自分がある | 自己の性格についての認識 | |
| もともと性格が明るい | | |
| もともと人と接することが好きで、家にこもるよりも出かけた性格 | | |
| 開けっぴろげ(素直)な性格 | 音楽に対する自己の認識 | 音楽によって身体的・心理社会的に影響を受けた自己 |
| 音楽の力の大きさを感じる | | |
| 落ち込みそうになった時に音楽を聴くと忘れる | | |
| 寝られない時や目が覚めた時に音楽を聴くと寝られる | 音楽療法で得られた快感 | |
| 音楽療法により気分がよくなる | | |
| 音楽療法により心が落ち着く | | |
| 普段家で生活しているときよりも音楽活動する時の方が楽しい | 音楽が好きという自己の認識 | |
| 音楽療法があることで一日の生活が何となる明るくなる気分になる | | |
| 前は音楽が大嫌いだったが、歌が好きになった | | |
| 元から音楽が好き | 音楽療法によってよくなった身体の変化の認識 | |
| 現在は良く寝られる | | |
| 音楽療法を受けるようになり声が出るようになった | | |
| 音楽療法の発声練習により発声の方法がわかるようになったことで大きな声が出せるようになった | 音楽によって変化した自己の考えや見方 | |
| 音楽療法をしてもとの性格とほぼ同じであるが、ますます大雑把になり、細かいことを考えなくなった。 | | |
| 歌声サロンに来て明るくふるまうようになった。 | | |
| 暗くなっていたものの考え方が、生きていくだけで儲けがもらえるという前向きな考えになった。 | 音楽の生活への影響を感じている自己 | |
| 音楽活動をするようになりテレビの歌番組を観て一緒に歌うようになった | | |
| 仕事があるがぼわっとした明るい気分になったまま家に帰ることができる | | |
| 歌声サロンでは自分の時代に合った曲ばかりをするため入りやすい | 今の状態を知り無理をしないことを意識している自己 | 音楽活動を通して現在の状態を評価をしている自己 |
| 時間がない中、音楽療法を受けた方が気分転換になり仕事が捗る | | |
| 音楽以外に取り組む活動が多く、これ以上手を出すとことに無理を感じている自分 | | |
| こうでありたいという理想はあるが自分のできる範囲で行っている | まだまだやれると評価している自己 | |
| 喉に無理をしないようにしている | | |
| 今の状態を維持していきたい、それ以上のことは望まず楽しくいけたらいいという希望がある | | |
| 新しい歌は覚えられないが古い歌は覚えており、歌詞があれば歌うことができる | 生活に音楽を取り入れて楽しんでいる自己 | |
| 歌詞を見れば歌を思い出して歌うことができる | | |
| 音楽療法で習ったことを自宅で確認することで認知症予防に努めている | | |
| 歌番組があれば音楽に合わせて家でも歌う習慣がある(生活の中に音楽を取り入れた自分がある) | 生活に音楽を取り入れて楽しんでいる自己 | |
| カラオケや音楽を聞きに行くことが好き。また、仕事でもBGMを流している(普段の生活に積極的に音楽を取り入れている自分がある) | | |
| 一人暮らしできみしく、人と関わりたいという思いがあり、歌が好きだったため音楽活動をするようになった | | |
| 音楽のジャンルをそれぞれに魅力を積極的に取り入れている | | |

| | | |
|--|--------------------|-----------------|
| 音楽療法士への、喘息と身体改善への感謝 | 音楽を一緒にする人に対する自己の感情 | |
| 音楽療法を含めディで友達ができて楽しい | | |
| 歌声サロンの仲間に出会えることに喜びを感じる | | |
| 歌が好きになることに加え、サロンの友達関係が良好で先生（音楽療法士）のことも気に入っているため続けている | | |
| 歌うことや一緒に仲間と何かをすることに肯定的な考え | | |
| 集団で歌うグループに魅かれ、毎週楽しみにしている | | |
| 一緒に音楽活動できる人を誘った | | |
| 音楽を聴くことが身体にすごく良い | 音楽活動をしている自己への満足感 | |
| 間違っても声を出すことは良いと思っている | | |
| 音楽活動を始めて、歌声サロンに来ること自体に楽しみをもつ自分がいる | | |
| 毎週歌声サロンに通うことができることに幸せを感じる自分 | | |
| 以前は働いていてストレスを抱えていた分、現在は楽しいと思うことをその場その場で楽しもうとしている自分 | 現在の自己の状態に対する肯定的な評価 | |
| 大きな声であるという自分 | | |
| 自分から声をかけられる積極性が身に付き、人づきあいがスムーズになったと感じる | | |
| 苦労をのり越えた自分に満足している | | |
| 毎日が幸せ | | |
| ディにて音楽以外の趣味に取り組んでいる自分 | | |
| 自分の時間ができ、音楽以外に自分を表現する手段がある | | |
| 足が悪いことに対し散歩と言うリハビリを自ら行う自分。家事、趣味までこなす。 | | |
| 自分自身に満足しており充実している | | |
| 周囲からは頭ボケんでいいと言われる | | |
| 家族や周囲の者に音楽療法を賛成された環境で通う自分 | | |
| 周囲の人物から以前より元気になったと言われる | | |
| 周囲の人間には音楽好きだということを知られていると自覚している自分 | 他者から見られている自己 | |
| 明るい性格だと人が採点している | | |
| 音楽療法を受ける前はご飯を食べたくなかった | 音楽療法を受ける前の自己の認識 | 音楽によって気づいた過去の自己 |
| 音楽療法を受ける前は蚊の鳴くような声しか出せなかった | | |
| 元気でやりたいことをしているが、若いころにもっとしておきたかった | | |
| 以前は自分から声を出そうとは思わなかった | | |
| 仕事をしている時は勤めていた人同士のみでの付き合い | 音楽活動で影響を受けた過去の自己 | |
| 歌うことにより行きたい、カラオケに行きたいなどの意欲がわき、手術への決断ができた | | |
| 音楽で手術のきっかけを得た自分 | 過去の体験 | |
| 以前からコーラスをしていた | | |
| 15年間介護で闘った自分 | | |
| 一人暮らしのためにできるだけ自立した老後を目指す | 未来に対して前向きな自己 | 音楽を通して抱いた未来の自己 |
| まだまだ元気だという自覚 | | |
| 元気な間は音楽を続けていたいという希望がある | 音楽を続けていきたい希望する自己 | |
| これから人前で歌えるようになりたいという希望 | | |
| 朝起きて普通にすることが辛くなる中、来週も音楽療法に来たいと言う希望 | | |

評価を語られたコードが含まれた。

『今の状態を知り無理をしないことを意識している自己』の代表的コードは、＜音楽以外に取り組む活動が多く、これ以上手を出すとことに無理を感じている自分＞＜喉に無理をしないようにしている＞＜今の状態を維持

していきたい、それ以上のことは望まず楽しくいけたらいい＞などと、現状を知り自己をコントロールしているコードが挙げられる。逆に、『まだまだやれると評価している自己』の代表的コードは、＜新しい歌は覚えられないが古い歌は覚えており、歌詞があれば歌うことがで

きる><歌詞を見れば歌を思い出して歌うことができる>と自分の力を肯定的に評価しているものが挙げられる。

『生活に音楽を取り入れて楽しんでいる自己』の代表的コードは、<音楽療法で習ったことを自宅で確認することで認知症予防に努めている><歌番組があれば音楽に合わせて家でも歌う習慣がある><一人暮らしでさみしく、人と関わりたいという思いがあり、歌が好きだったため音楽活動をするようになった>と普段の生活にまで音楽活動をしている自己を認識したものが含まれた。

『音楽を一緒にする人に対する自己の感情』の代表的コードは、<歌が好きになることに加え、サロンの友達関係が良好で先生（音楽療法士）のことも気に入っているため続けている><音楽療法士への、喘息と身体改善への感謝><集団で歌うグループに魅かれ、毎週楽しみにしている><音楽療法を含めデイで友達ができて楽しい>が挙げられる。

『音楽活動をしている自己への満足感』の代表的コードは、<音楽を聴くことが身体にすごく良い><間違っても声を出すことは良いと思っている><音楽活動を始めて、歌声サロンに来ること自体に楽しみをもつ自分がある><毎週歌声サロンに通うことができることに幸せを感じる><自分から声をかけられる積極性が身に付き、人づきあいがスムーズになったと感じる>などが挙げられる。

『現在の自己の状態に対する肯定的な評価』の代表的コードは、<以前は働いていてストレスを抱えていた分、現在は楽しいと思うことをその場その場で楽しもうとしている><苦労をのり越えた自分に満足している><デイにて音楽以外の趣味に取り組んでいる自分><足が悪いことに対し散歩と言うリハビリを自ら行う自分。家事、趣味までこなす。><自分自身に満足しており充実している>などがあり、現在の状態を肯定的に評価しているものを含んだ。

4. 【音楽をすることで他者に認められた自己】

このカテゴリーは、『他者から音楽療法に通うことに賛成してもらっている自分』『他者から見られている自己』と2つのサブカテゴリーで構成され、他者から見られ他者に認められている自己を語られたコードが含まれた。

他者から音楽療法に通うことに賛成し『他者から音楽療法に通うことに賛成してもらっている自分』は<周囲からは頭ボケんでいいと言われる><家族や周囲の者に音楽療法を賛成された環境で通う自分>のコードが挙げられた。『他者から見られている自己』には<周囲の人物から以前より元気になったといわれる><明るい性格だと人が採点している><周囲の間には音楽好きだと

いうことを知られていると自覚している自分>などのコードが挙げられる。

5. 【音楽によって気づいた過去の自己】

このカテゴリーは、『音楽療法を受ける前の自己の認識』『音楽活動で影響を受けた過去の自己』『過去の体験』と3つのサブカテゴリーで構成され、過去の自己を振り返った内容を語られたコードが含まれた。

『音楽療法を受ける前の自己の認識』には、<音楽療法を受ける前はご飯を食べたくなかった><音楽療法を受ける前は蚊の鳴くような声しか出せなかった><以前は自分から声を出そうとは思わなかった><元気でやりたいことをしているが、若いころにもっとしておきたかった>など過去の自己に対する評価が挙げられる。

『音楽活動で影響を受けた過去の自己』には、<歌うことにより行きたい、カラオケに行きたいなどの意欲がわき、手術への決断ができた><音楽で手術のきっかけを得た自分>が挙げられ音楽で影響を受けた自己が語られた。

『過去の体験』には、<以前からコーラスをしていた><15年間介護で闘った自分>などと、どんな過去をもった自分なのかが語られていた。

6. 【音楽を通して抱いた未来の自己】

このカテゴリーでは『音楽をこれからも続けていきたいという希望』『未来に対し前向きな自己』と2サブカテゴリーで構成され、自己に対する希望を語ったものを含んだ。

『音楽を続けていきたいと希望する自己』の代表的なコードとしては、<元気な間は音楽を続けたいという希望><これから人前でうたえるようになりたいという希望><朝起きて普通にすることが辛くなる中、来週も音楽療法に来たいという希望>のコードがあげられる。『未来に対し前向きな自己』の代表的なコードとしては、<今の状態を維持していきたい、それ以上のことは望まず楽しくいけたらいいという希望><まだまだ元気だという自覚><一人暮らしのためできるだけ自立した老後を目指す自分>が挙げられる。

VI. 考 察

高齢者の自己概念について、下仲⁷⁾は、老年群は体については否定的なイメージを有し、老人の70%は現在の自分の生活に対して肯定的な思いをもちつつ未来の社会情勢に対して懸念感を示していたと報告している。高齢者の身体的自己は否定的なイメージであるとされているように、音楽活動を行う高齢者においても【老いていく中で認識している自己】の『現状に不安をもっている自

己』や『昔とは違う自己の認識』で負の感情や認識が語られていた。

しかし、音楽活動を行っている中で【音楽によって身体的・心理社会的に影響を受けた自己】に示されているように、音楽療法によって「声ができるようになった」「歌声サロン（音楽療法）にきて明るくふるまうようになった」「暗くなっていたものの考え方が、生きているだけで儲けがもらえると前向きな考えになった」などと変化した身体や考え・見方を肯定的に捉え、音楽活動を日常生活に取り入れている自己を認識していた。さらに、

【音楽によって気づいた過去の自己】の『音楽療法を受ける前の自己の認識』や『音楽活動で影響を受けた過去自己』に表されているように過去の自己を振り返りながら、音楽の影響で変化していたことを再認識していた。

そして、『今ある状態を知り無理をしないことを意識している自己』『まだまだやれると評価している自己』と現在の状態を自己評価し、『生活に音楽を取り入れて楽しんでいる自己』『音楽活動をしている自己への満足感』と生活の中で音楽活動をしている自分に対してどのように思っているのかを客観視していた。そのことから、「苦労をのり越えた自分に満足している」「自分自身に満足しており充実している」などと『現在の自己の状態に対する肯定的な評価』を語っていた。【音楽活動を通して現在の状態を評価している自己】では自己の能力と音楽活動との適応状態を評価してただけでなく、集団で音楽療法を受けていることから『音楽と一緒にする人に対する自己の感情』として他者に対する自己の感情も語っていた。他者に対する感謝や仲間がいる喜びを認識していたこともあり、他者からの評価に対して【音楽をすることで他者に認められている自己】と他者との相互関係も肯定的に捉えていた。そして、『音楽を続けていきたいと希望する自己』『未来に対し前向きな自己』と【音楽を通して抱いた未来の自己】は生きていく希望を表していたと考える。

このように、集団音楽療法を受けた高齢者の自己に対する思いは、『現状に不安をもっている自己』や『昔とは違う自己の認識』など未来に対する不安や懸念感を示すコードはあるものの、自己の捉え方は負の捉え方だけではなかった。

今回の調査は、下仲の調査¹⁾から30年以上経過しており当時の社会情勢とは異なり老年年金制度の普及や2000年からの介護保険制度の開始等があり社会情勢が異なっている。さらに、音楽療法を受けての影響等もあり、高齢者は現在と未来そして他者との関係において肯定的に捉えた自己を表現していた。

自己概念は自分自身についての意識を支える潜在的な概念構造であり、毎日の生活の中で、そして積み重ねとして長い個人史を通じて、少しずつ形成され発展してき

たものであり、少々時間がたってもそう変わることはない安定性をもったものであると梶田⁸⁾が説明しているように、歳を重ねることで生じてきた自己は変化しがたいものである。しかし、日々の生活の中で集団音楽療法に参加している本研究対象の高齢者からは、変化した自己が表されていた。

その変化は、音楽療法が対象者に応じて音楽の力を意図的、計画的に使用されたことによって、高齢者が「声が出るようになった」「大きな声が出せるようになった」と身体的な変化を感じ、「新しい歌は覚えられないが古い歌は覚えており、歌詞があれば歌うことができる」「間違っても声を出すことは良いと思っている」と高齢者は身体的な衰えを感じつつ方法によっては、まだまだできる自分があると認識が変化していたからではないかと考える。さらに、「周囲からは頭ボケんでいいと言われる」「周囲の人物から以前より元気になったと言われる」と他者から音楽活動を認められていることも影響し、自己を肯定的に捉えていったと考える。

また、他者からの評価だけでなく高齢者自身も集団で音楽活動を行っているから「歌が好きになることに加え、サロンの友達関係が良好で先生（音楽療法士）のことも気に入っているため続けている」「音楽療法士への、喘息と身体改善への感謝」「集団で歌うグループに魅かれ、毎週楽しみにしている」「音楽療法を含めデイで友達ができ楽しい」と『音楽と一緒にする人に対する自己の感情』を表出し、現在に仲間がいることの喜びを得られることもあって、現在の状態を肯定的に評価したと考える。

一方、高齢者が集団音楽療法を受けることで、加齢により昔とは違う自己を認識しつつも現在の自己を肯定的に捉える中でも、「喉に無理をしないようにしている」「今の状態を維持していきたい、それ以上のことは望まず楽しくいけたらいい」などと高齢者は今の状態を知り無理をしないことを意識するなど、自分の現在の状態を判断して参加する程度を調整していた。高齢者は生活の中の状況に対して、自分自身を客観視し自己の能力を意識して適応範囲を見極め、自己を捉えていると考える。集団音楽療法のように提供される状況が高齢者に受け入れられるのであれば、高齢者は老いを意識する中、現在の自己を意識し適応範囲の判断や現在の自己を再評価し、未来を生きる自己をイメージしていることが本研究で見出された。看護において対象者の自己概念は、対象者理解だけでなく心理的な健康支援を行う上で重要な情報であることから、高齢者に提供された状況に対して高齢者が抱く自己概念を理解しておく必要があると考えられた。

研究の限界と課題

本研究の対象者は、任意で日本音楽療法学会認定音楽療法士の音楽療法を受け調査に協力の得られた方々で性別に偏りがあること、居宅高齢者であり施設利用をしている高齢者を含んでいない。下仲⁹⁾は居宅高齢者と施設高齢者の自己概念の相違や草野¹⁰⁾は高齢者の男女性別による自己概念の相違を報告しているように、今後、置かれている環境や性別による自己概念の理解を深めていく必要がある。

VII. 結 語

集団音楽療法に参加した高齢者から、加齢に伴う認識を表した【老いていく中で認識している自己】、音楽活動を行う中で認識した【音楽によって身体的・心理社会的に影響を受けた自己】、自己の能力と音楽活動との適応状態を客観視した【音楽活動を通して現在の状態を評価している自己】、他者との相互関係も肯定的である自己を認識した【音楽をすることで他者に認められた自己】、過去の自己についてのイメージを示す【音楽で気づいた過去の自己】、音楽を続けていきたいと願う【音楽を通して抱いた未来の自己】の6つの自己概念のカテゴリーが抽出された。

高齢者に対して提供された集団音楽療法では、高齢者は老いを意識する中、現在の自己を意識し適応範囲の判断や現在の自己を再評価し、肯定的に未来を生きる自己をイメージしていた。高齢者に提供される状況によって高齢者が抱く自己概念を理解しておくことは、心理的な健康支援を行う上で重要な情報である必要があると考えられた。

謝 辞

本研究に協力いただきました音楽療法の利用者の皆さま

ま、並びに日本音楽療法学会認定音楽療法士をはじめとするご協力をいただきました関係者の方に深く感謝いたします。

なお、本研究は平成26年度滋賀県立大学看護学部卒業研究に加筆・修正したものである。

文 献

- 1) 藤田綾子, 村井潤一, 小山正編集: 老人・障害者の心理, ミネルヴァ書房, p48-51, 2007.
- 2) 下仲順子 著: 老人と人格—自己概念の生涯発達プロセス—, 川島書店, p133-155, 1987.
- 3) 村井靖児 著: 音楽療法の基礎, 音楽之友社, p14-18, 1998.
- 4) 坂東浩: 音楽療法の現状, 日本補完代替療法学会誌, Vol. 5, No. 1, p27-36, 2008.
- 5) 日本音楽療法学会: 音楽療法学会とは, <http://www.jmta.jp/about/definition.html> (2014年12月15日).
- 6) 梶田叡一: 自己意識の心理学, 第2版, UP選書, 東京大学出版会. p79-80, 1988.
- 7) 下仲順子: 青年群との対比における老人の自己概念—世代差, 性差を中心として—, 教育心理学研究, 第28巻第4号, p303-309, 1980.
- 8) 梶田叡一: 自己意識の心理学, 第2版, UP選書, 東京大学出版会. p78-94, 1988.
- 9) 下仲順子, 村瀬孝雄: SCTによる老人の自己概念の研究, 教育心理学研究, Vol. 23, No. 2, p104-113, 1975.
- 10) 草野加奈未: 高齢者の自己概念の研究, 佛教大学院紀要, 教育学研究科編, 第38号, p19-35, 2010.

(平成18年5月17日改正)

人間看護学研究投稿規定

1. 趣旨

この規定は、人間看護学研究の発行に必要な事項を定める。

2. 発行

原則として毎年度1回発行する。

3. 投稿者の資格

原則として、滋賀県立大学人間看護学部の教員等が、第一著者あるいは共著者であること。ただし、人間看護学研究編集委員会（以下「編集委員会」という）から依頼された原稿に関してはこの限りではない。また、滋賀県下の関係者については、編集委員会の判断により投稿を認める場合がある。

4. 原稿の種類

(1) 原稿の種類は、下記の通りとする。

原著論文：独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、論文としての形式が整っているもの。

総説：ある主題に関連した研究・調査論文の総括および解説

研究ノート：内容的に原著論文の域に達していないが、研究結果の意義が大きく、発表の価値があるもの。

活動と資料：看護活動に関する実践報告、調査報告、有用な資料など。

フォーラム：人間看護に関わる海外事情、関連学術集会の報告、および掲載論文に対する意見など。

書評と紹介：内外の人間看護学研究に関係する図書、論文および研究動向について批評、紹介をおこなうもの。

学部広報：人間看護学部の動向や記録事項など。

(2) 原稿の種別は著者が行うが、編集委員会が種別変更を求める場合がある。

5. 原稿の制限事項

(1) 投稿原稿は、国内外を問わず未発表のものに限り、重複投稿は禁止する。

(2) 原稿は刷り上がり（原稿1頁は2400字）で、写真・図表を含めて下記の制限枚数内とする。

原著・総説・研究ノート：12頁以内

活動と資料：6頁以内

他の原稿は2頁以内とするが、学部広報は制限を設けない。

6. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的な配慮がさ

れており、必要に応じて倫理審査委員会等の承認を得ていること。また、原稿中にもその旨が明記されていること。

7. 投稿手続

(1) 原稿3部（うち2部は表紙・抄録から著者名・所属名を削除する）を編集委員会に提出する。

(2) 最終修正原稿を提出するときには、本文をワード形式で、図表をワード・エクセル形式で保存したパソコン記憶媒体（CD、USBなど）を添付する。

(3) 提出場所

持ち込みの場合：編集委員会

郵送の場合：封筒の表に「人間看護学研究原稿」と朱書きし、下記に書留郵送する。

〒522-8533 彦根市八坂町2500

滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究編集委員会

8. 原稿の受付

上記7の投稿手続を経た原稿が、編集委員会に到着した日を受付日とする。なお、受付した原稿等はオリジナルを除いて理由の如何を問わず返却をしない。

9. 原稿の採否

(1) 原稿の採否は査読を経て編集委員会が決定する。

(2) 査読結果により原稿の修正を求めることがあるが、修正を求められた原稿著者は、編集委員会の指定した期日までに内容修正を行い再投稿すること。指定された期日以降に再投稿された場合は、原則として新規受付の取り扱いをする。

10. 著者校正

査読を経て、編集委員会に受理された最終原稿については、著者校正を1回行う。但し、校正時の加筆は原則として認めない。

11. 執筆要領

原稿の執筆要領は別に定める。

12. 著作権

原稿内容についての第一義的責任と権利は著者に帰属するが、原稿の編集・出版および電子情報化など2次的使用に関する権利は、編集委員会が著者から委託されたものとする。

なお、著者が電子情報化を希望しない場合は、投稿時に編集委員会に文書で申し出ることとする。

13. 掲載料・別刷

掲載料は無料とする。但し、特殊な図表等で特別な経費を要した場合には著者負担とする場合がある。別刷は希望者のみとし、費用は著者負担とする。

原稿執筆要領

(平成29年3月2日改訂)

1. 原稿構成

- (1) 原稿は、表題頁、要旨、本文、文献、英文抄録、図・表の順とする。和文要旨、英文抄録の各末尾にそれぞれ6個以内のキーワード Key wordsをつける。
- (2) 表題頁には、表題、著者名、所属機関名を記し、その下に間隔をあけて連絡先（氏名、所属、住所、電話、Fax、E-mailアドレス）、原稿の枚数および図・表の数、希望する原稿の種類を明記する。和文の原稿にあっては、表題・著者名・所属名の英文訳を付すこと。
- (3) 原著論文の要旨は、研究の「背景」「目的」「方法」「結果」「結論」にわけて、見出しをつけて記載すること（1,000字以内）。その他の原稿の要旨には見出しをつけない（500字以内）。
- (4) 本文は、Ⅰ. 背景、Ⅱ. 目的、Ⅲ. 用語の定義（必要時）、Ⅳ. 方法、Ⅴ. 結果、Ⅵ. 考察、Ⅶ. 結論、の順に記載する。「総説」「活動と資料」の場合はこれに準じなくても良い。
- (5) 文献の記載は、2. (8)に従う。
- (6) 原著論文には英文抄録（500語以内）をつけること。その他の原稿の場合は、英文抄録を省略することができる。英文原稿の場合は、英文抄録と同様の要領で和文抄録をつけること。

2. 執筆要領

- (1) 原稿はパソコンで作成する。
- (2) 原稿はA4版縦、横書きで、1頁1400字（40字×35行）になるように作成する。フォントはMS明朝（英数字は半角、Times New Roman）、11ポイント、読点は「、（全角カンマ）」、句点は「。（全角句点）」とする。
- (3) 原稿は、原則として、新仮名づかい、常用漢字を使用する。
- (4) 外国語はカタカナで、外国人や日本語訳が定着していない学術用語などは活字字体の原綴で記載する。

(5) 数字は算用数字を用い、単位符号は原則としてSI単位（kg, mg, mm, ml, kcal, °Cなど）を用いる。

(6) 国際的な共通語を使用し、一般的に認められている略語以外は説明なしでは使用しないようにする。特定分野でのみ用いられる略号、符号などに関しては、初出時に簡単な説明を加える。

(7) 図・表は、それぞれ図1、表1などの通し番号をつけ、本文とは別にまとめ、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を朱書きする。

(8) 文献の記載方法はAPAスタイルに準拠する。

・本文中の文献引用

①引用箇所に、著者姓と発行年を括弧書きする。

例：(滋賀, 2000)

著者名が本文中にある場合は、発行年のみ括弧書きする。

例：滋賀(2000)は・・・

②著者が2人の場合は「・」（英文では“&”）を入れる。

例：(滋賀・田中, 2000)

③著者が3～5名の場合は全員の名を挙げ、再引用では「筆頭著者ら」とする。なお、著者名は「・」で結ぶ。

④6人以上は筆頭著者名に「ら」（英文では“et al.”）をつける。

例：滋賀ら(2000)

・本文中の直接引用

「 」で引用し、著者姓、発行年、頁数を明記する。

・文献リストの記載

著者姓のアルファベット順に列記する。全員の著者名を表記する。雑誌略名は医学中央雑誌、Index Medicus, International Nursing Index に従う。

【雑誌掲載論文】

著者名(発行年). 表題. 雑誌名, 巻(号), 開始頁-終了頁.

滋賀一郎, 琵琶花子, 八坂次郎, 近江三郎(2011).
看護の方法. 看護雑誌, 30(1), 311-315.

【単行本】

著者名（発行年）. 書名（版）, pp. 引用開始頁-終了頁, 発行地：出版社.

滋賀一郎（1995）. 看護の源流（第3版）, pp. 333-354, 大津：ナーシング出版.

著者名（発行年）. 表題. 編者名, 書名（版）, pp. 引用開始頁-終了頁, 発行地：出版社.

滋賀一郎（1995）. 看護研究の方法.（明智太郎 他, 編）. 人間看護研究, pp. 333-354, 大津：ナーシング出版.

【訳書】

原著者名（原著発行年）／訳者名（訳書発行年）. 訳書名（版）, pp. 開始頁-終了頁, 発行地：出版社.

Biwa AB, Johnson P（1993）／滋賀一郎（1995）. 看護研究（第3版）, pp. 333-354, 大津：ナーシング出版.

【電子ジャーナル】

著者名（発行年）. 表題. 雑誌名, 巻（号）, 開始頁-終了頁, doi:xx,xxxxxx

目次

巻頭言

甘佐京子

研究ノート

「高齢患者の廊下歩行の場面」 観察時の看護師の危険認知の特徴

～看護学生との比較から～

米田 照美, 伊丹 君和, 川端 愛野, 関 恵子,
窪田 好恵, 鬼頭 泰子, 松並 睦子, 安井 明子,
松田 和子, 梅本 範子, 清水 房枝, 黒田 恭史,
前迫 孝憲 1

在宅療養者への看護診断適用：診断ラベルを自動選定するコンピュータプログラムの開発

森 敏 11

地域住民の防災に関する意識とニーズ

馬場 文, 伊丹 君和, 小島 亜未, 川口 恭子,
生田 宴里, 伊丹 清 21

慢性疾患患者の自己管理に関する文献検討

高橋 満帆, 川端 愛野, 窪田 好恵, 伊丹 君和 33

安心に関する文献検討

—子育て中の母親への適用に向けて—

小林 孝子 44

活動と資料

集団音楽療法によって高齢者が抱いた自己概念

高岡 有希, 横井 和美 53

Contents

Foreword

Kyoko Amasa

Notes

The risk awareness clinical nurses on watching an elderly-patient walking along a ward hallway

～Comparison between nursing student and nurse～

Terumi Yoneda, Kimiwa Itami, Yoshino Kawabata,
Keiko Seki, Yoshie Kubota, Ysuko Kitou,
Mutumi Matunami, Akiko Yasui, Kazuko Matuda,
Noriko Umemoto, Fusae Shimizu, Yasufumi Kuroda,
Takanori Maesako 1

Application of the nursing diagnoses to the home care person: Development of a computer program that automatically selects a diagnosis label

Satoru Mori 11

Attitudes and needs of community residents against disaster prevention

Aya Baba, Kimiwa Itami, Ami Kojima,
Kyoko Kawaguchi, Eri Ikuta, Kiyoshi Itami 21

Literature Review of Self-management in Patient with Chronic Illness

Maho Takahashi, Yoshino Kawabata,
Yoshie Kubota, Kimiwa Itami 33

Literature Review of ANSHIN —toward Mothers Raising Infant—

Takako Kobayashi 44

Reports and Materials

Self-concepts of elderly people formed through group music therapy

Y. Takaoka, K. Yokoi 53